

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena

3ª edição



Brasília - DF
2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids no
Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena**

3ª edição

Brasília - DF
2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids no
Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena

3ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Manuais, n. 65

Brasília - DF
2008

© 2005 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Manuais, n. 65

Tiragem: 3.ª edição – 2008 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C

CEP: 70750-543 – Brasília-DF

Disque Saúde / Pergunte aids: 0800 61 1997

Home page: www.aids.gov.br

Publicação financiada com recursos do Projeto UNODC AD/BRA/03/H34

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

72 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 65)

ISBN 978-85-334-1512-6

1. Aconselhamento (Aids). 2. Saúde indígena. 3. Distrito sanitário especial indígena. I. Título. II. Série.

CDU 613.94(=1-82)

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0521

Títulos para indexação:

Em inglês: DST/HIV/Sida Advisement Workshop in the Brazilian Natives Special Sanitary Districts Context

Em espanhol: Taller de Consejos en ETS/VIH/Sida en el Contexto de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas

Sumário

Apresentação	7
Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS.....	9
Unidade de Apresentação	11
Unidade Didática I	12
Unidade Didática II	13
Unidade Didática III	15
Unidade Didática IV	17
Unidade Didática V	19
Textos Utilizados	21
Escute	23
Principais vulnerabilidades e riscos para a infecção pelo HIV	25
Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV	31
Estrelas do Mar	35
Comunicação, Informação e Ação Social	37
Relato de Experiência de trabalho em Prevenção de DST/aids	45
Prevenção das DST/aids	55
Aconselhamento para DST/aids no SUS	61
Referências	69
Equipe Técnica	71

Apresentação

O aconselhamento para DST/HIV/aids é considerado pelo Ministério da Saúde uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia de DST/HIV/aids no Brasil.

Entendido como um componente importante na promoção da saúde, o aconselhamento contribui para a quebra da cadeia de transmissão das DST e do HIV pela detecção precoce dessas patologias e para a adoção de práticas sexuais mais seguras, reduzindo futuras infecções.

Inserir o aconselhamento na rotina dos serviços é um grande desafio. É uma abordagem que exige dos profissionais habilidades específicas e uma boa administração do tempo do atendimento, seja quando da utilização do método convencional de diagnóstico ou do teste rápido.

Durante o aconselhamento, o profissional de saúde deve ir além da transmissão de informações. Deve avaliar riscos, considerando os contextos de vida de cada pessoa ou grupo e, ainda, trabalhar os sentimentos adversos que se apresentam por ocasião da testagem e conhecimento da condição sorológica para o HIV.

Considerando o momento de organização da rede de atenção às DST/aids nos Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, essa oficina foi desenvolvida com o propósito de preparar as equipes de saúde desses serviços para a oferta do diagnóstico e aconselhamento e de contribuir para a ampliação do acesso dos diversos grupos indígenas do país ao diagnóstico do HIV.

Essa oficina utiliza como abordagem pedagógica a metodologia da problematização, que propõe a construção do conhecimento a partir da realidade dos participantes. A metodologia favorece a reflexão conjunta e a troca de experiências.

A oficina está organizada em 05 (cinco) unidades didáticas, com duração total de 32 horas. O processo ensino-aprendizagem acontece por meio de discussões em subgrupos, debates em plenária, exposição dialogada e leitura de textos.

Agradecemos a participação dos profissionais de saúde dos seguintes DSEI na validação dessa proposta: Litoral sul, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Pernambuco, Alto Rio Negro, Alto Solimões, Araguaia, Kayapó/Redenção, Amapá/norte do Pará e leste de Roraima.

Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids

Objetivo Geral:

- Capacitar os profissionais de saúde dos Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI em aconselhamento para DST/HIV.

Objetivos Específicos:

- Discutir o modelo de atenção às DST/HIV e a realização do aconselhamento, considerando os métodos de diagnóstico convencional do HIV e de teste rápido;
- Discutir o contexto atual das populações indígenas: aspectos epidemiológicos relacionados às DST/aids e especificidades culturais;
- Sensibilizar os profissionais de saúde dos DSEI para a importância da descentralização e inserção do aconselhamento para DST/HIV na rotina dos serviços;
- Discutir o aconselhamento como uma estratégia de prevenção das DST/HIV.

Unidade de Apresentação

Duração:

01 hora

Objetivos:

- Proporcionar o conhecimento e integração dos participantes;
- Levantar as expectativas do grupo em relação à oficina;
- Apresentar a programação da oficina;
- Identificar habilidades necessárias ao profissional para a prática do aconselhamento.

Atividades:

- Abertura e apresentação dos objetivos da oficina;
- Dinâmica de apresentação: solicitar aos participantes que escrevam em uma folha de papel o nome, categoria profissional, instituição na qual está inserido e uma habilidade importante para a realização do aconselhamento e preguem na parede;
- Levantamento das expectativas dos participantes;
- Distribuição do caderno da oficina, seguida da apresentação do programa e leitura da introdução;
- Elaboração do acordo de convivência: horário de início e término das atividades, celulares (desligados ou vibratório), objetividades nas falas, atenção às falas dos colegas.

UNIDADE DIDÁTICA I

Objetivos:

- Discutir a organização dos serviços no Distrito Sanitário Especial Indígena;
- Identificar as atribuições em relação à prevenção, ao diagnóstico e à assistência das DST/HIV no Distrito Sanitário Especial Indígena;
- Apresentar o contexto atual dos povos indígenas: aspectos epidemiológicos e especificidades culturais.

Seqüência de Atividades I		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
9h30	<p>Discuta em subgrupo quais as atribuições dos serviços do DSEI relacionadas às ações de diagnóstico, prevenção e assistência às DST/HIV, considerando as especificidades culturais da população atendida</p> <p>Sistematize a discussão para apresentação em plenária</p>	<p>Dividir os participantes em 3 subgrupos de forma a obter uma composição heterogênea</p> <p>Oriente a atividade, de forma que os subgrupos identifiquem as atribuições dos serviços do DSEI relacionadas às ações de diagnóstico, prevenção assistência às DST/HIV</p>
11h	<p>Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior</p>	<p>Coordenar a plenária e discutir com os participantes a política de saúde para as DST/HIV no contexto do DSEI quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção da saúde sexual e prevenção das DST/HIV • Aconselhamento e diagnóstico do HIV (convencional e teste rápido) • Abordagem sindrômica • Apresentar uma síntese dos aspectos relevantes da prevenção constantes na proposta para Implantação do Programa de DST/HIV/Aids nos DSEI • Apresentar o contexto atualizado das populações indígenas: aspectos epidemiológicos e diversidade cultural constantes do CD
Almoço		

UNIDADE DIDÁTICA II

Objetivos:

- Discutir o aconselhamento pré-teste anti-HIV, coletivo e individual, considerando os métodos de diagnóstico convencional e teste rápido;
- Refletir acerca dos conceitos e objetivos dos aconselhamentos coletivo e individual;
- Identificar e compreender o processo de comunicação na prática do aconselhamento;
- Identificar as DST e sua relevância como problema de saúde pública.
- Compreender o aconselhamento dentro das especificidades das DST.

Seqüência de Atividades I		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14h (I)	Discuta no subgrupo e elabore uma dramatização de um aconselhamento pré-teste anti-HIV (individual e coletivo)	<p>Retome os 3 subgrupos: Os casos deverão ser definidos a partir da vivência do grupo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgrupo 1: Dramatização do aconselhamento pré-teste individual na situação do teste convencional • Subgrupo 2: Dramatização do aconselhamento pré-teste individual na situação do teste rápido • Subgrupo 3: Dramatização do aconselhamento coletivo. <p>Estimular a construção da dramatização, orientando para que seja um recorte do atendimento e com curta duração</p>
	Apresente a dramatização em plenária e participe das discussões das apresentações	Coordenar a plenária
INTERVALO		
16h30 (II)	<p>Discuta no subgrupo e conceitue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento individual • Aconselhamento coletivo • Defina os objetivos do aconselhamento para DST/HIV • Anote as conclusões para apresentação em plenária 	<p>Manter os subgrupos e orientar a atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subgrupo 1 e 2 - Conceitos e objetivos do aconselhamento individual • Subgrupo 3 – Conceitos e objetivos do aconselhamento coletivo
	Apresente em plenária o resultado dos trabalhos	Coordenar a plenária
	Participe de uma atividade de teorização: Aconselhamento para HIV/aids	Realizar teorização sobre aconselhamento para DST/HIV utilizando conteúdos constantes do CD
Avaliação do dia		

Seqüência de Atividades II		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8h30	Participe de uma dinâmica de grupo sobre comunicação	Coordenar a dinâmica, ressaltando o processo de comunicação e os seus componentes
	Faça em subgrupo a leitura do texto: <i>“Comunicação, Informação e Ação Social”</i> Destaque pontos importantes do texto, correlacionando-o com a dramatização da atividade I da seqüência de atividades I Sistematize as conclusões para discussão em plenária	Manter os subgrupos e orientar a atividade, ressaltando a necessidade de identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de comunicação
	Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior	Coordenar a plenária destacando os pontos relevantes que facilitam e os que dificultam a comunicação
	Em plenária leia o texto <i>“ESCUTE”</i>	Coordenar a leitura do texto
INTERVALO		
10h30	No subgrupo, liste as DST que eles conhecem ou as mais comuns no serviço que atuam e relacione os conteúdos importantes que devem ser discutidos no aconselhamento individual Sistematize a discussão para apresentação em plenária	Manter os subgrupos e orientar a atividade
	Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior	Coordenar a plenária: o primeiro subgrupo apresenta o produto do trabalho na íntegra e os demais complementam a discussão Sistematizar os conteúdos das apresentações, tendo como referência a abordagem sindrômica Caso necessário, convide um especialista no assunto para dar suporte às discussões
	Participe de exposição dialogada sobre: <i>“Aconselhamento para outras DST”</i>	Coordenar a exposição dialogada sobre as DST e conteúdos específicos de aconselhamento utilizando o Quadro de Síndromes das DST e Aconselhamento constantes no CD
Almoço		

UNIDADE DIDÁTICA III

Objetivos:

- Discutir avaliação de risco para as DST e o HIV dirigida aos grupos indígenas;
- Sensibilizar sobre a estratégia de redução de danos para sua inserção nos DSEI;
- Discutir os aspectos éticos e legais da testagem anti-HIV.

Seqüência de Atividades II

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14h	Participe da dinâmica de aquecimento	Proporcionar momento de aquecimento do grupo
	Nos subgrupos, retome os casos já dramatizados sobre HIV, DST e o caso de uso de álcool Refleta sobre vulnerabilidade, e realize avaliação de risco para DST/HIV	Manter os subgrupos e orientar a atividade O grupo que dramatizou o aconselhamento coletivo deverá representar um caso sobre uso de álcool, fornecido nesta atividade pelo instrutor Os grupos que dramatizaram o pré-teste individual apresentarão a sistematização dos conteúdos dos casos específicos dramatizados
	A partir das discussões no grupo: <ul style="list-style-type: none"> • Conceitue risco e vulnerabilidade • Conceitue Redução de Danos • Identifique principais características que diferenciam a educação em saúde e o aconselhamento • Quais as perguntas pertinentes para realização da avaliação de risco? • Liste algumas recomendações preventivas para as DST/HIV dos casos dramatizados • Sistematize para apresentação em plenária 	

	Apresente o resultado das discussões em plenária	<p>Coordenar a plenária sistematizando a discussão, destacando as questões fundamentais para a avaliação de risco e recomendações preventivas importantes para redução de riscos relacionadas às infecções considerando a realidade local, observando alguns aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Singularidade do usuário em sua cultura • O papel do usuário no momento do aconselhamento • Especificidades dos diversos segmentos populacionais correlacionando com as diversas práticas nas comunidades indígenas • Realizar uma teorização sobre conceito de vulnerabilidade e estratégia de redução de danos constantes do CD
	Em plenária leia o texto: Principais Vulnerabilidades para a Infecção do HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar a leitura do texto
Avaliação do Dia		

Seqüência de Atividades III		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8h30	<p>Retorne ao subgrupo e discuta as questões éticas e os aspectos legais relacionadas a testagem do HIV, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigilo e confidencialidade das informações • Testagem em jovens e gestantes • Busca ativa/consentida • Comunicação dos parceiros(as) • Uso do teste rápido <p>Sistematize os conteúdos para apresentação em plenária</p> <p>Leia e discuta o texto: Prerrogativas Éticas da Oferta do Teste Anti-HIV</p>	Manter os sub-grupos e orientar a atividade
10h	Apresente em plenária os aspectos relevantes surgidos no subgrupo	Coordenar a discussão plenária
	<p>Discuta no grupo os aspectos relativos a testagem do HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Janela imunológica • Possíveis resultados • Exames confirmatórios • Realização da 2ª amostra • Uso do teste rápido 	<p>Coordene a discussão em grupo e apresente ao final as orientações técnicas relativas ao fluxo da testagem do HIV para os métodos convencionais e teste rápido</p> <p>Caso necessário, convide um especialista no assunto para dar suporte nas discussões</p>
ALMOÇO		

UNIDADE DIDÁTICA IV

Objetivos:

- Discutir conceitos de sexo e sexualidade no contexto das comunidades indígenas;
- Promover reflexão sobre os sentimentos, valores e tabus que interferem no exercício da sexualidade;
- Discutir o uso de preservativos.

Seqüência de Atividade I

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14h	Participe de dinâmica de aquecimento	Proporcionar momento de aquecimento do grupo e resgate dos conteúdos e do aprendizado do dia anterior
	Discuta no subgrupo e sistematize as percepções do grupo a respeito da vivência da sexualidade dos grupos indígenas da sua área de atuação	Orientar o grupo e coordenar a atividade
	Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior	Coordenar a plenária destacando: <ul style="list-style-type: none"> • a diversidade na sexualidade • troca de fluidos corporais • concepção e reprodução • diferença de sexo e sexualidade • parcerias sexuais • ritos de passagem/ casamento • arranjos matrimoniais Realizar teorização sobre sexualidade entre povos indígenas constantes do CD
	Leia e discuta em subgrupo o texto: <i>“Os valores a gente não percebe quando perde e toma os valores do Juruá”</i>	Orientar a atividade esclarecendo dúvidas nos subgrupos

INTERVALO

16h30	Discuta: subgrupo I: vantagem do uso do preservativo para os grupos indígenas de sua área de atuação subgrupo II: desvantagens do uso do preservativo para os grupos indígenas de sua área de atuação Sistematize as conclusões para apresentação em plenária	Redividir o grupo em dois subgrupos e orientar as atividades
	Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior	Coordenar a plenária, destacando as vantagens e desvantagens do uso do preservativo

	Participe de demonstração do uso do preservativo masculino e feminino	Coordenar a plenária solicitando a dois participantes que façam a demonstração do uso do preservativo feminino e masculino Discutir o uso correto do preservativo
Avaliação do dia		

UNIDADE DIDÁTICA V

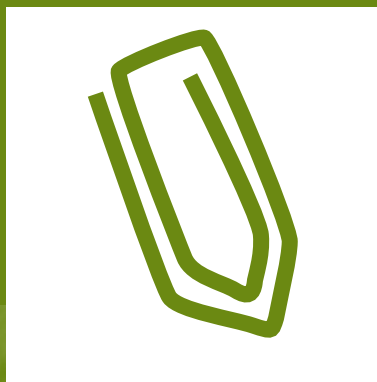
Objetivos:

- Rediscutir a prática do aconselhamento coletivo pré-teste;
- Discutir o aconselhamento pós-teste anti-HIV individual, considerando situações de uso do método convencional de diagnóstico e o teste rápido.

Seqüência de Atividades I

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8h	<p>Retome a seqüência de atividade I da unidade didática I e prepare uma dramatização de 10' do aconselhamento individual pós-teste:</p> <p>Subgrupo I: reagente</p> <p>Subgrupo II: não-reagente</p> <p>Subgrupo III: reagente, usando teste rápido</p>	<p>Dividir o grupo e orientar a apresentação da dramatização, incorporando os conhecimentos das atividades anteriores</p> <p>Destacar as características do aconselhamento pós-teste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a interação do profissional com o grupo • Demandas e necessidades trazidas pelos usuários • Esclarecimento de dúvidas • Orientações preventivas • Teste rápido
	<p>Apresente as dramatizações em plenária</p> <p>Participe das discussões das apresentações</p>	<p>Coordenar a plenária destacando os componentes do aconselhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informação • Apoio emocional • Avaliação de risco • Recomendações preventivas para as DST/HIV
INTERVALO		
11h	<p>Participe da discussão em grupo sobre estratégias para a inserção do diagnóstico e aconselhamento na rotina do serviço</p>	<p>Orientar e sistematizar a discussão no grupo sobre as estratégias para a inserção do diagnóstico e aconselhamento em DST/HIV na rotina dos serviços, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referência e contra-referência; • Fluxo de usuários • Fluxo das amostras • Previsão de insumos • Recursos humanos • Monitoramento e supervisão • Casos para utilização do teste rápido

Avaliação da Oficina



Textos Utilizados



Escute

QUANDO EU LHE PEÇO QUE ME ESCUTE E VOCÊ COMEÇA A ME DAR CONSELHOS, VOCÊ JÁ NÃO FEZ O QUE EU LHE PEDI.

QUANDO EU LHE PEÇO QUE ME ESCUTE E VOCÊ COMEÇA A ME DIZER “PORQUE EU NÃO DEVO ME SENTIR DAQUELA MANEIRA, OU COISA PARECIDA”, VOCÊ NÃO ESTÁ ENTENDENDO O MEU PEDIDO.

QUANDO EU LHE PEÇO QUE VOCÊ ME ESCUTE E VOCÊ SENTE QUE “TEM DE FAZER ALGO PARA RESOLVER OS MEUS PROBLEMAS”, VOCÊ CONTINUA SEM ENTENDER MEUS SENTIMENTOS.

ESCUTE. TUDO O QUE PEDI FOI PARA VOCÊ ME ESCUTAR, NÃO FALAR OU FAZER NADA, SÓ ME OUVIR.

QUANDO VOCÊ FAZ POR MIM UMA COISA QUE EU POSSO E PRECISO FAZER, VOCÊ CONTRIBUI PARA O MEU MEDO E A MINHA FRAQUEZA.

MAS QUANDO VOCÊ ACEITA O FATO DE QUE “EU SINTO O QUE SINTO”, MESMO QUE PARA VOCÊ SEJA ALGO ABSURDO, É BOM. AÍ, EU DESISTO DE TENTAR ENTENDER O QUE ESTÁ POR TRÁS DESTE MEU “SENTIMENTO ABSURDO”, POIS “SENTIMENTOS ABSURDOS” FAZEM SENTIDO QUANDO ENTENDEMOS O QUE SIGNIFICAM.

POR ISSO, POR FAVOR, ESCUTE E SÓ ME OUÇA. E, SE VOCÊ QUISER FALAR, ESPERE UM MINUTO PELA SUA VEZ E EU ESCUTAREI VOCÊ.

Principais vulnerabilidades e riscos para a infecção pelo HIV

O aconselhamento para as DST/aids constitui-se num processo de diálogo entre o profissional de saúde e o usuário do serviço acerca das vivências deste em relação aos riscos de infecção pelo HIV e das possibilidades de adoção de medidas preventivas. É preciso que o profissional de saúde esteja atento para ouvir as vivências do usuário, suas experiências, dificuldades, dúvidas, crenças, pois é isso que lhes permitirá identificar conjuntamente os contextos de vulnerabilidade e os riscos presentes na vida de cada pessoa que busca o serviço, bem como as possibilidades de proteção de que cada uma dispõe.

O que é risco ?

É a probabilidade que indivíduos ou grupo de pessoas têm de adquirirem alguma doença. É um conceito muito útil na epidemiologia, pois permite a quantificação das chances de adoecimento desses indivíduos ou grupos e, assim, a elaboração de ações ou intervenções que reduzam essas chances. No caso do HIV, por exemplo, podemos dizer que todas as pessoas que compartilham seringas quando usam drogas injetáveis ou que têm relações sexuais sem camisinha correm o risco de se infectar pelo HIV.

Apesar da grande importância desse conceito para compreendermos a epidemia de aids e muitas outras doenças, é preciso levar em consideração que vivemos em uma sociedade dinâmica e complexa e que, por isso mesmo, nem todos dispõem das mesmas possibilidades e condições de se proteger de todos os riscos de adoecimento que existem. Muitas vezes, as pessoas vivem situações de risco que independem de sua vontade. É para nos ajudar na compreensão dessas situações que utilizamos a noção de vulnerabilidade.

O que é vulnerabilidade ?

É a interação de fatores individuais e coletivos que fazem com que diferentes pessoas e grupos estejam mais ou menos suscetíveis a infecções e adoecimentos, uma vez que dispõem de maiores ou menores possibilidades de se proteger ou se prevenir. Significa dizer, então, que todas as pessoas estão suscetíveis a adquirir doenças ou a sofrer danos no dia-a-dia de suas vidas, mas algumas têm maiores condições de evitá-las porque dispõem de mais recursos (informações, emprego, renda, escolaridade) do que outras.

No caso do HIV e das outras DST, por exemplo, dificuldades econômicas podem impedir o acesso de algumas pessoas ao preservativo e aos serviços de saúde, o que aumentará as chances de essas pessoas terem mais relações sexuais desprotegidas do que aquelas que conseguem comprar os preservativos. Outras situações que determinam diferentes vulnerabilidades entre as pessoas são o acesso a ações e a serviços de educação, a idade, o gênero, o acesso aos meios de informação, entre outros.

Quando atuamos na perspectiva da vulnerabilidade, estamos não apenas identificando as situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se expor às DST, ao HIV ou de fazer uso de drogas, mas, sim, procurando compreender os diferentes contextos de vida e contribuir para que cada pessoa perceba as chances que tem de se infectar ou se proteger.

Para melhor compreender os diferentes contextos de vulnerabilidade existentes, podemos analisá-la a partir de 3 dimensões: individual, social e programática.

Vulnerabilidade Individual: refere-se aos conhecimentos e comportamentos de cada pessoa e que as deixam mais ou menos expostas aos riscos de infecção pelo HIV. Alguns fatores relacionados a essa dimensão da vulnerabilidade são: falta de acesso a informações e a atividades educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV; pouca motivação ou sensibilização pessoal para avaliar e compreender os riscos de infecção a que estão expostas; pouca habilidade para adotar medidas preventivas, incluindo hábitos de vida mais seguros.

É importante destacar, entretanto, que esses comportamentos não devem ser entendidos como resultado apenas da vontade e da livre escolha de cada um, mas sim na sua relação com o contexto em que vivem as pessoas e as condições que elas têm de modificar tais contextos.

Vulnerabilidade Social: refere-se às formas de organização de cada sociedade - suas crenças, seus hábitos, seus costumes, a distribuição do poder entre os grupos - que faz com que pessoas pertencentes a diferentes grupos sociais disponham de maior ou menor acesso aos recursos materiais, à escola, aos serviços de saúde e com isso tenham mais ou menos chances de modificar seus comportamentos e seus contextos de vida.

Por exemplo, nas sociedades em que as mulheres têm menor poder do que os homens - tem menos oportunidades de ir à escola, recebem salários menores, são sobrecarregadas com os cuidados da casa e da família - elas tendem a depender economicamente de seus companheiros ou maridos e com isso passam a ter menores chances de negociar o uso do preservativo nas relações sexuais. Outro exemplo seria nas sociedades em que as comunidades indígenas são discriminadas pelos demais grupos. A discriminação poderá dificultar o acesso dessas comunidades a bens como emprego, escola e serviços de saúde, fazendo com que, dessa forma, tenham menores chances de obter informações e insumos para se prevenirem do HIV.

Vulnerabilidade Programática: diz respeito ao compromisso dos governos e das instituições da sociedade civil em desenvolver de ações voltadas para a promoção, prevenção e a recuperação da saúde das populações, mobilizando os recursos

necessários e articulando essas ações. Quanto maior for esse comprometimento, maiores serão as chances de as pessoas terem acesso aos recursos de que necessitam para se protegerem ou se tratarem – no caso do HIV, informações, preservativos, seringas, testagem, aconselhamento, medicamentos, entre outros.

A existência, por exemplo, de ações de educação em saúde e de aconselhamento para HIV voltadas para comunidades indígenas que respeitem seus valores e que possam ser traduzidas para os idiomas dessas comunidades aumentam sensivelmente as possibilidades de seus membros adotarem medidas de prevenção frente aos riscos de infecção que vivenciam.

Tendo essas reflexões em mente, podemos agora pensar sobre como abordar os riscos e vulnerabilidades no processo de aconselhamento.

Práticas sexuais sem preservativos

No Brasil, as ações desenvolvidas para a prevenção das DST/aids primam pela recomendação do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Abordagens que recomendam a diminuição do número de parceiros, a abstinência e a fidelidade são pouco factíveis e viáveis e desrespeitam o direito que cada pessoa tem de decidir quando e com quem se relacionar sexualmente e por isso não compõem o elenco de estratégias voltadas para a prevenção no país.

Abordar as diversas práticas sexuais (anal, vaginal, oral), destacando as diferentes vulnerabilidades masculinas e femininas (biológica e de gênero) é fundamental para que homens e mulheres percebam as situações de risco que vivenciam, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas também de suas parcerias (homo e/ou heterossexual).

É importante lembrar que diversas situações podem dificultar a negociação do uso do preservativo, tais como a crença na fidelidade entre as parcerias estáveis, a prática do sexo comercial, a dependência econômica de um dos parceiros, a violência sexual, entre outros.

Uso de Drogas

O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas sempre estiveram sujeitos ao julgamento moral. Entretanto, as pessoas que usam drogas têm direito, como todos os cidadãos, de ter acesso aos serviços de saúde e de terem suas necessidades atendidas, sem que sejam obrigadas a parar de usar tais substâncias.

É fundamental que os profissionais de saúde estejam dispostos a conversar com os usuários sobre o uso de drogas sem julga-los, perguntando objetivamente sobre isso, independentemente da idade, pois este é um fator de vulnerabilidade importante e que muitas vezes não é revelado pelo usuário por receio de denúncias à polícia e à família.

A ênfase exclusiva na abstinência como hábito saudável pode afastar o usuário do serviço, uma vez que nem todos desejam ou conseguem parar de usar drogas. Ao longo dos atendimentos, é preciso que sejam discutidas alternativas diversas para manutenção da saúde desse usuário, na perspectiva da redução de danos. Quando a demanda para o tratamento visando à abstinência for solicitada pelo próprio usuário é fundamental

que o serviço conte com os mecanismos necessários para encaminhá-lo a um serviço especializado.

No que concerne à prevenção do HIV, é importante também que sejam abordados o efeito do uso de substâncias sobre as práticas sexuais. Muitas drogas - como álcool, maconha, cocaína, *ecstasy* - alteram os sentidos e a percepção de risco dos usuários e podem dificultar o uso do preservativo nas relações sexuais.

No caso das drogas injetáveis, o compartilhamento de agulhas, seringas e recipientes para a diluição da droga (cocaína) são práticas de altíssimo risco para a infecção do HIV. Deve-se recomendar a utilização de equipamentos individuais e, sempre que possível, disponibilizá-los nos serviços de saúde.

Para o público que faz uso de drogas, a solicitação do teste de hepatites B e C, bem como as orientações sobre vacinas e prevenção são fundamentais.

No caso dos usuários de drogas soropositivos com indicação para tratamento com anti-retrovirais, é necessária atenção especial visando à adesão ao tratamento e o esclarecimento de que o uso de drogas não os impede de utilizarem os medicamentos. A única droga que já se observou interação com anti-retrovirais com graves conseqüências é o *ecstasy*. No caso do álcool, sabe-se que seu uso concomitante com anti-retrovirais pode potencializar o desenvolvimento de doenças hepáticas. No entanto, a suspensão do uso dos anti-retrovirais tem conseqüências muito mais graves e não deve ser recomendada em função do uso de álcool.

Presença de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

A existência de uma DST aumenta as chances de uma pessoa se infectar pelo HIV, pois pode gerar lesões nos órgãos genitais e diminuir a imunidade do portador de DST. Além disso, ter tido uma DST significa que a pessoa não está usando a camisinha e, portanto, está se expondo ao HIV.

É importante que essas doenças sejam diagnosticadas precocemente e que sejam dadas informações claras sobre elas aos usuários dos serviços de saúde. Os usuários devem ser orientados sobre a importância do tratamento de seus parceiros e o serviço deve buscar formas de promover o acesso dessas parcerias ao tratamento.

No caso das mulheres, em especial, é preciso alertar para a prevenção e o tratamento da sífilis e as conseqüências no caso de uma gravidez.

Abaixo estão algumas questões objetivas para uma avaliação de risco junto ao usuário. Cabendo ao profissional verificar a pertinência dessas questões em cada atendimento.

Este roteiro não é uma “camisa de força”, e para que assim não pareça é fundamental promover um diálogo que permita a abordagem desses assuntos de forma que fique claro para o usuário quais as situações que, potencialmente, o colocaram em risco de infectar-se pelo HIV, ou por outras DST. A partir desta compreensão, ele poderá refletir sobre estratégias viáveis para prevenção dos riscos por ele vivenciados e decidir se fará o teste anti-HIV.

Comportamento sexual pessoal

1. Quantos parceiros sexuais teve no último ano?
2. Praticou sexo com um parceiro novo ou diferente nos últimos três meses?
3. Tipo de relação sexual: sexo anal, vaginal e oral. Com ou sem proteção?
4. Teve qualquer outra DST no último ano?

Uso de droga

1. Usou álcool ou outras drogas antes ou durante o sexo? Quais? (Esta é uma questão importante pelo fato de as drogas poderem alterar a percepção de risco e atitude preventiva).
2. Usa droga injetável? Compartilha seringa e/ou equipamentos? (No uso de droga injetável, compartilhar seringas e os demais equipamentos representa um alto risco de infectar-se ou transmitir doenças).

Outros fatores de risco pessoal

1. Recebeu transfusão de sangue e/ou derivados? Quando?
2. Tem alguma tatuagem? Foi feita com material descartável?
3. Participou de algum ritual que envolva o compartilhamento de objeto perfurocortante.
4. Outros fatores de risco.

Comportamentos dos parceiros(as) sexuais

1. Fazem sexo com outras pessoas?
2. Têm ou já tiveram alguma DST?
3. São portadores do HIV?
4. Usam drogas?

Atitudes de proteção do usuário

1. Quais são os cuidados que o usuário adota para proteção contra DST e HIV?
2. Usa preservativo? Com que frequência? Com quem?
3. Quais as dificuldades que o usuário enfrenta para adotar atitudes preventivas?

Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV ¹

Uma das premissas básicas para que um cidadão possa realizar o seu exame anti-HIV é a voluntariedade dessa decisão. Supõe-se que o teste, tendo em vista as repercussões que o seu resultado traz para a vida do indivíduo, deva ser um ato voluntário, uma decisão pessoal tomada com base em informações consistentes. Para tanto, algumas prerrogativas éticas devem ser levadas em consideração, para que esse processo aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa.

A correta informação, transmitida por meio de ações de aconselhamento, além de permitir uma decisão consciente e auxiliar no apoio emocional, pode fazer com que o indivíduo avalie a necessidade, ou não, da realização do teste.

Além disto, como explicitamos neste manual, os princípios de confiabilidade dos exames, agilidade no encaminhamento para os serviços de referência, gratuidade e confiabilidade, aliados à correta informação e ao apoio emocional, devem constituir os pilares éticos dos serviços que oferecem o diagnóstico para o HIV. No momento, vamos nos ater ao princípio de confidencialidade e suas implicações na flexibilização do anonimato.

Todo e qualquer profissional de saúde deve manter sigilo sobre as informações prestadas aos usuários dos serviços e este só pode ser rompido com o consentimento expresso do usuário. No caso da realização dos exames anti-HIV, essa prerrogativa é essencial. E isso não somente por causa do preconceito que ainda existe em nossa sociedade em relação ao portador de HIV/aids, mas, também, para reforçar perante os usuários a confiabilidade do serviço prestado e para permitir que o trabalho de aconselhamento seja garantido na sua forma mais abrangente.

Temos conhecimento de que não é somente uma dúvida ou ansiedade gerada pela exposição ao risco da infecção que levam uma pessoa a procurar os serviços que realizam o exame anti-HIV. Admissão em empregos, procedimentos cirúrgicos, visitas íntimas aos presídios e internações em clínicas para recuperação de usuários de drogas

¹ Texto do Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – 1999- Ministério da Saúde
O texto original sofreu alterações no sentido de adequar informações da atualidade.

são algumas das situações em que, implícita ou explicitamente, o resultado do teste anti-HIV é solicitado de forma compulsória. Portanto, ao cidadão só resta apresentar seu exame, sob pena de se ver privado de um benefício.

Nesse sentido, cabe-nos formular algumas questões, cujas respostas irão nortear o trabalho de todos os profissionais que se deparam, em seu cotidiano, com as demandas éticas geradas pela epidemia do HIV/aids, seja qual for o nosso ambiente de atuação; e, em especial, nos serviços públicos de testagem e aconselhamento.

Quem é o beneficiário do resultado do teste?

A flexibilização do anonimato pretende garantir um direito constitucional (Constituição Federal, artigo 5º incisos XXXIII e XXXIV), além de visar à ampliação do acesso da população à realização do teste anti-HIV, tendo em vista os benefícios oriundos do conhecimento do *status* sorológico. Os avanços científicos verificados nos campos do tratamento e diagnóstico do HIV demonstram a necessidade de identificação precoce da infecção, com vistas em propiciar o acesso imediato dos indivíduos infectados ao monitoramento e /ou tratamento, de modo que a intervenção médica produza resultados mais eficazes.

Reconhecemos que a realização do teste sob anonimato do usuário é um sistema ainda muito importante para grupos específicos da população e, ao mantê-lo, pretendemos manter o acesso destes à realização do teste. No entanto, a entrega por escrito de um resultado identificado parece contemplar as necessidades de outras parcelas da população, além de, como referido anteriormente, garantir um direito constitucional.

Em qualquer um dos casos (anônimo ou identificado), a garantia do encaminhamento aos serviços assistenciais de referência deve ser assegurada, evidenciando, desta forma, que o resultado do teste é de utilidade para quem o realiza. Somente ao indivíduo que é testado interessa o resultado de seu exame e, no caso de resultados positivos, ao profissional que irá conduzir o tratamento dos portadores de HIV.

Fica clara, com essas pontuações, a nulidade de pedidos de exames anti-HIV para situações de admissão em emprego, por exemplo. O que se garante, nesses casos, é apenas a manutenção do preconceito e a exclusão das hostes trabalhistas dos indivíduos portadores de HIV, com o explícito propósito de, por parte dos empregadores, verem-se desobrigados dos compromissos sociais e previdenciários em relação a essas pessoas.

Um outro exemplo de que toca mais de perto a realidade dos programas de saúde da mulher é o caso das gestantes. E também um ponto mais complexo, a oferta do exame anti-HIV para gestantes tem se mostrado como uma necessidade de Saúde Pública, para reduzir os riscos da transmissão vertical. O uso de anti-retroviral durante a gestação tem se mostrado um meio extremamente eficaz para evitar que a futura criança nasça com a infecção pelo HIV. No entanto, de forma geral, os programas de pré-natal não se mostram habilitados a oferecer o teste dentro das prerrogativas éticas preconizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids. Assim, a integração entre os programas de saúde da mulher e os programas de DST/aids torna-se uma estratégia importante para responder a estas questões. Seja, por exemplo, mediante a referência dos serviços que realizam exames anti-HIV, ou do treinamento em aconselhamento para os profissionais que atuam na assistência ao pré-natal.

Qual a “utilidade “ de um exame anti-HIV?

Essa é uma pergunta que pode ser generalizada no âmbito de todo trabalho de prevenção.

O resultado negativo do teste anti-HIV substitui medidas de prevenção?

No trabalho de aconselhamento no contexto das DST/HIV/aids, os usuários são estimulados a adotar práticas mais seguras em relação ao risco de infecção pelo HIV e outras DST, independentemente do resultado do exame. Um resultado negativo não implica segurança definitiva: “janela imunológica”, novas oportunidades e imprevistos do cotidiano são só alguns dos fatores que apontam para a circunstância do dado laboratorial. Repetimos: o que se deve estimular é a adoção de práticas mais seguras, seja qual for o “status sorológico” do indivíduo. A articulação entre resultado do teste e prevenção deve ser esclarecida, e a orientação deve focar a vulnerabilidade que cada usuário vivencia e estimular a reflexão e mudanças de práticas. A atenção e abordagem dos sentimentos contraditórios, adversos, como medo, angústia e insegurança, potencializa a promoção da saúde e a adesão das pessoas aos cuidados relacionados às infecções pelas DST e ao adoecimento.

Assim, só vemos sentido em demandar aos cidadãos que apresentem seus resultados de exame anti-HIV em casos onde o indivíduo necessita de tratamento para a infecção pelo vírus, ou em casos em que é possível prevenir a infecção de terceiros, como é a situação de gestantes portadoras de vírus da imunodeficiência humana.

O que diferencia o trabalho de diagnóstico do HIV realizado no âmbito dos CTAS, na rede básica do SUS, dos laboratórios particulares, é a prática do aconselhamento pré e pós-teste, que permite a avaliação de risco, considerando as vulnerabilidades específicas de cada usuário e abordagem preventiva e integral da saúde.

A relação que se estabelece nesta circunstância, entre os profissionais e os usuários permite a identificação da natureza da demanda pelo teste anti-HIV, possibilitando, dessa forma, evidenciar se o pedido de teste é uma decisão voluntária, ou não. Recusar o teste para o usuário (e conseqüentemente, os seus benefícios), não se constitui, como muitas vezes se alega, em proteção do indivíduo contra os riscos de um demanda compulsória. Ao contrário, se ele não puder realizar o exame no SUS, irá fazê-lo em outro lugar, sem o apoio do aconselhamento e da ação efetiva de profissionais, que poderiam evidenciar a arbitrariedade de tal situação.

Assim, o trabalho de aconselhamento tanto no pré-teste como no pós-teste deve assegurar, coletiva ou individualmente, os significados da realização do teste para o indivíduo que toma essa decisão por conta própria. O resultado do seu teste é algo que pertence ao usuário e a comunicação desse resultado para terceiros tem implicações éticas, legais e psicológicas que a pessoa deve estar preparada para enfrentar. Cabe ao aconselhador, no momento da entrega do resultado, explicitá-las de forma a se evitar que a procura pelo teste tenha um caráter compulsório e denunciar aos órgãos competentes, quando for o caso, a natureza ilegítima desse tipo de demanda.

Estrelas do mar

Era uma vez um escritor que morava em uma tranqüila praia, junto de uma colônia de pescadores. Todas as manhãs ele caminhava à beira mar para se inspirar e à tarde ficava em casa escrevendo. Certo dia, caminhando na praia, ele viu um vulto que parecia dançar. Ao chegar perto, ele reparou que se tratava de um jovem que recolhia estrelas-do-mar da areia para, uma por uma, jogá-las novamente de volta ao oceano.

- Por que estás fazendo isso? Perguntou o escritor
- Você não vê? Explicou o jovem. A maré está baixa e o sol está brilhando. Eles irão secar e morrer se ficarem aqui na areia.

O escritor espantou-se.

- Meu jovem, existem milhares de quilômetros de praias por este mundo afora e centenas de milhares de estrelas do mar espalhadas pela praia. Que diferença faz? Você joga umas poucas de volta ao oceano, a maioria vai perecer de qualquer forma.

O jovem pegou mais uma estrela na praia, jogou de volta ao oceano e olhou para o escritor.

- Para essa fiz a diferença!

Naquela noite o escritor não conseguiu dormir, nem sequer escrever. Pela manhã voltou à praia e uniu-se ao jovem e juntos começaram a jogar estrelas do mar de volta ao oceano.

Sejamos, portanto, mais um dos que querem fazer do mundo um lugar melhor.

SEJAMOS A DIFERENÇA!

(Autor desconhecido)

Comunicação, Informação e Ação Social

Valdir de Castro Oliveira

Hoje, todo mundo fala sobre a importância da comunicação e da informação. Os organismos nacionais e internacionais as invocam em documentos oficiais. As autoridades públicas dizem que a comunicação é fundamental para que a população fique sabendo sobre o que estão planejando e que tipo de ação ou política pretendem implementar em seu benefício. O político pleiteia concessões de canais de rádio e televisão para divulgar o que julga importante para o público. O Movimento dos Sem-Terra - MST investe na criação de rádios comunitárias, publicação de jornais e desenvolve estratégias comunicacionais para aparecer na televisões e nos jornais. As secretarias e os conselhos de saúde começam a implantar setores especializados para melhorar a comunicação com os usuários. Hoje, dificilmente, implanta-se um programa de saúde sem cuidadosa estratégia de comunicação ou, quando assim o faz, os resultados costumam ser desastrosos e os prejuízos creditados a conta social.

Mas, o que será mesmo que essas pessoas, instituições e programas entendem por comunicação e informação? Será que estão falando a mesma coisa?

Para respondermos a essa questão vamos pensar, conceitualmente, estas duas palavrinhas e depois tentar relacioná-las ao que acontece com uma equipe que desenvolve algum tipo de ação social. Vamos começar falando da comunicação.

A comunicação pode ser entendida sob um duplo sentido. O primeiro, a partir da origem da palavra, oriunda do latim *comunicare*, quer dizer comunhão, estar com, compartilhar de alguma coisa. O segundo, embora também seja derivado da mesma raiz etimológica, é entendido na perspectiva de dar conhecimento às pessoas, de alguma coisa informar.

Os dois entendimentos não são, necessariamente, divergentes. Entretanto, na prática eles costumam revelar diferenças fundamentais e servir para diferentes propósitos dos agentes da comunicação. Por exemplo, na perspectiva da comunhão e do compartilhamento (primeiro entendimento), a comunicação é entendida como um processo horizontal, no qual o diálogo é sua principal característica. Em consequência, os diferentes interlocutores podem emitir e receber mensagens, interpretá-las e

reinterpretá-las na construção de um significado. Tanto o emissor pode ser receptor quanto o receptor pode ser emissor no processo comunicacional.

Já no outro entendimento, a idéia da comunicação como informar ou dar conhecimento de alguma coisa a alguém – a relação entre emissor e receptor é mais hierarquizada e menos mutável. Geralmente, o emissor detém o papel ativo de selecionar e emitir mensagens, cabendo ao receptor a tarefa passiva de interpretá-las, como um recipiente vazio que vai ser cheio pelos conteúdos informacionais do primeiro no processo comunicacional. Essa perspectiva é preferencialmente adotada pelos sistemas autoritários e verticais de poder ou pelas ações sociais e políticas destinadas a doutrinar ou a fazer com que o receptor adote, sem muita discussão, as idéias e prescrições do emissor. Segundo o educador Paulo Freire, essa modalidade comunicacional e educacional pode ser chamada de invasão cultural, cujo resultado é o de promover a domesticação e não a educação das pessoas.

Mas para entendermos melhor o que seja comunicação e como ela funciona, é também importante analisá-la sobre o prisma do conflito, pois nenhum processo comunicacional é destituído de um grau maior ou menor grau de tensão entre os interlocutores, pois cada um tem uma história diferente, ocupa um lugar diferente na hierarquia social e têm diferentes competências comunicativas (domínio técnico e autoridade para falar e ser escutado). Assim, muitas vezes ocorre, por exemplo, que a palavra de um médico valha mais que a de um usuário no serviço de saúde, podendo, com isso, impor com mais facilidade suas ordens, sugestões ou prescrições.

Também podemos prescrever que as instituições (públicas, privadas ou culturais) funcionam como um conjunto de símbolos que comunicam às pessoas como elas devem comportar-se. Por exemplo, pelo seu funcionamento, podemos nela reconhecer várias regras que presidem o seu jogo hierárquico: quem manda, quem deve obedecer, como mandar e como obedecer, sem que ninguém fique nos lembrando dessas coisas. Esse jogo pode ser decodificado pela maneira de falar ou pelas roupas usadas pelas pessoas (macacão significa trabalho braçal e terno significa gerente e proprietário, sendo que o primeiro denota inferioridade na hierarquia organizacional e o outro significa o poder de mando) e, a partir de nossa interpretação, teremos o comportamento alterado em relação a elas. Assim, nosso olhar pode tornar-se mais baixo se estivermos diante de uma autoridade e, mais alto, se for um subalterno e, horizontal, se estivermos diante de pessoas do mesmo nível ou classe social.

Assim, grande parte da comunicação que promovemos, ou somos induzidos a promover, está, portanto, relacionada à posição e hierarquia das pessoas nos grupos ou na sociedade. Dependendo do caso, elas podem impor ou fazer valer melhor as suas idéias, propostas e ações. Quando isto acontece, dizemos que tais pessoas ou grupos têm uma competência política, social e cultural maior e, por essa razão, são detentoras de um determinado poder. É o velho ditado: “manda quem pode, obedece quem tem juízo”. Significa, portanto, que o contexto da comunicação sempre se dá, também, em um contexto de poder, o que influi diretamente no processo de comunicação.

Além disso, a comunicação e a informação envolvem o significado ou a interpretação das mensagens, mas estas só adquirem sentido para o público ou receptor se estiverem relacionadas às questões práticas e cotidianas das pessoas. Por exemplo, todos os dias somos obrigados a tomar centenas de decisões: que roupa vestir, para onde viajar, com

quem conversar ou ignorar, participar, ou não, de uma reunião, estudar ou ir ao campo de futebol, comprar, ou não, um aparelho de som, votar neste ou naquele candidato, e assim por diante. Sem informação, nem sempre podemos tomar uma decisão mais consciente e, por essa razão, ela torna-se parte indispensável da formação do cidadão e possibilita a ele ter maior acesso a determinados bens culturais, políticos ou serviços disponibilizados pela sociedade.

Entretanto, como existem infindáveis modalidades e processos de comunicação, estes se apresentam diferentes em cada caso. Vamos ater-nos aqui em dois casos específicos, mas que julgamos relevantes para o entendimento da importância da comunicação para o grupo em treinamento. O primeiro se refere ao processo de comunicação existente no interior de uma determinada equipe de trabalho; o segundo se refere ao processo de comunicação dessa equipe com um grupo externo, mas que com ela mantém alguma forma de relação social, humana ou profissional. Vamos ver, por ordem, o primeiro caso e depois o segundo.

As variáveis que dificultam ou facilitam a comunicação

Verticalidade e horizontalidade no contexto da comunicação grupal

Quanto mais estivermos em um contexto vertical de comunicação, maiores serão os conflitos e os desentendimentos entre as pessoas, o que compromete e dificulta os trabalhos e a integração das pessoas em um grupo ou equipe de trabalho. A separação rígida entre quem pode falar e mandar e quem deve calar-se e obedecer gera diferentes formas de integração e de sensibilidade entre seus membros a respeito dos objetivos e das ações implementadas. Como alguns se tornam mais responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho, outros se vêem menos comprometidos com o esforço coletivo na consecução dos objetivos.

A desigualdade ou hierarquização no processo comunicacional faz com que alguns se julguem mais competentes para falar e agir, não só pela competência em si, mas também porque se julgam detentores de um poder que os separam dos demais, como, por exemplo, em uma estrutura militar, que nega a individualidade e a comunhão das pessoas na construção de um projeto social coletivo. A hierarquia pode até ter seus pontos positivos, mas aí já não estamos mais falando de equipe e sim de realização de objetivos estranhos ao grupo, já que a maioria dos membros de uma corporação militar não é convocada a participar das decisões, apenas a obedecer.

Em um contexto verticalizado de comunicação é muito comum a presença de formas de interdição (proibição) das falas, de silêncios e de passividade das pessoas, o que pode comprometer o trabalho de uma equipe. Podemos distinguir algumas dessas formas:

- o poder de falar, de decidir ou de agir é tão concentrado que as pessoas não se sentem responsáveis em participar ativamente das decisões e preferem cumprir apenas as ordens;
- a opinião dissonante (diferente) tem um custo emocional e político para as pessoas e, dentro de um clima de comunicação verticalizada, torna-se mais vantajoso para o indivíduo calar a sua opinião e restringir a sua participação;
- a comunicação, ainda nesse contexto, concentra o poder em pessoas detentoras de cargo ou de alguma forma de saber (o médico, o chefe, o gerente, por exemplo) de tal maneira que inibe os outros membros de se manifestarem, por insegurança ou intuição de que sua opinião terá pouco valor ou credibilidade;

- também a ausência de condições reais de participação (instrução, dificuldades de acesso e entendimento da informação) inibe as pessoas e determina uma integração pouco produtiva entre os membros da equipe.

A partir das variáveis levantadas pode-se dizer que a comunicação, por um lado, envolve todos os sentidos e ações das pessoas (falar, ouvir, sentir avaliar, decidir, julgar, opinar agir, compartilhar) e, por outro lado, envolve um determinado contexto comunicacional de poder que pode facilitar ou dificultar a integração de um grupo ou equipe de trabalho. É assim que as variáveis citadas no parágrafo anterior, o contexto verticalizado da comunicação, podem transformar-se em um terreno propício para geração de cochichos, mal-entendidos, fofocas e conflitos que minam a coesão e comprometem o trabalho da equipe.

O contraponto a este processo vertical é a forma de comunicação horizontal na qual as possibilidades de falar, intervir e participar podem ser estendidas igualmente a todos os membros da equipe. Isso não significa a quebra de todas as hierarquias ou de diferentes competências no interior de uma equipe e sim o reconhecimento de que seus membros, conscientemente, cumprem diferentes funções em torno de objetivos claros e comuns para todos. Em consequência, torna-se mais fácil a sincronização das ações e o estabelecimento de um desafio coletivo em torno das finalidades do trabalho desenvolvido.

Para mediar essa forma de comunicação, deve haver disponibilidade de informações, diferentes formas de capacitação e ampla possibilidade de manifestação e expressão por parte de cada membro da equipe, independente da hierarquia ou dos cargos.

Embora seja desnecessário dizer, gostaríamos de frisar que esse processo é bem mais difícil de ser desenvolvido que aquele que predomina na forma verticalizada de poder e comunicação.

Comunicação e Poder

Como acontece em qualquer agrupamento humano, incluindo equipes de trabalho, é muito comum o surgimento de variadas formas de disputa pelo poder, que sempre interferem, direta ou indiretamente, nos processos comunicacionais, influenciando ou alterando os processos de codificação e interpretação de mensagens. Se uma pessoa está envolvida nesse tipo de disputa, ela passará, fatalmente, a restringir a circulação de algumas mensagens e, por outro lado, a promover a circulação e a codificação de outras, de acordo com o seu interesse.

Já as outras pessoas, também envolvidas na disputa, mas sem possibilidades ou acesso àqueles recursos, passam a produzir e fazer circular suas mensagens nos labirintos ou margens do poder, transformando-as em uma fonte permanente de boatos, de gestação de “panelinhas” e de táticas grupais para desestabilizar o “inimigo” e influenciar no jogo de posições políticas, portanto de decisões, no interior da equipe.

A permanência prolongada de pessoas ou grupos no poder também pode contribuir para gerar esse clima e suscitar comportamentos e atitudes passivas dos membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. *Como não compartilham das decisões sentem-se descompromissados com os erros ou acertos do trabalho. Nesse caso, a responsabilidade é invariavelmente atribuída a um núcleo restrito de pessoas que*

ocupa espaços estratégicos na equipe. Quando isso acontece, normalmente, instaura-se um processo intensivo de comunicação do tipo aclamativa, isto é, a participação se resume a puros atos de declaração de apoio e concordância com as decisões dos mandatários da equipe.

É muito difícil evitar as disputas pelo poder em um determinado grupo ou equipe, pois elas fazem parte da essência política do ser humano. Também, muitas vezes, é difícil distinguir o que são disputas provocadas por ressentimentos, vaidades ou simples problemas e interesses pessoais, daquelas formas legítimas de disputas pela implementação de determinadas propostas ou estilos na condução dos trabalhos de um grupo ou equipe. *De qualquer forma, nem sempre o resultado costuma ser positivo em termos de coesão do grupo e, muitas vezes, pode mesmo ameaçar a existência da própria equipe.*

O melhor remédio para evitar os efeitos nefastos de qualquer disputa é que ela seja claramente colocada para o conjunto da equipe e que possa ser amplamente discutida por todos.

Comunicação, informação e experiência cultural

Embora não sejam coisas separadas, didaticamente, podemos dizer que a comunicação é diferente da informação. Informação é o conteúdo de uma mensagem, enquanto comunicação seria o processo que ajuda a promover a circulação e a compreensão dessa informação. Mas qual é o significado da informação no processo comunicacional?

Podemos dizer, em primeiro lugar, que informação é algo de novo que pode ser incorporado ao nosso conhecimento e comportamento. É por isso que dizemos que quando temos informação, aumentam as nossas probabilidades de conhecimento acerca de alguma coisa, tornando o mundo em que vivemos mais familiar e domável. Entretanto, a informação não pode ser compreendida como algo que diante de sua presença, tudo se resolveria.

Com isso, queremos dizer que a informação não se processa em um vazio. Ela existe à medida que existe, também, um conhecimento latente, uma dada percepção sobre o valor da informação. Quando há um excesso de informações podemos nos defrontar com o que chamamos de saturação informacional, ou seja, como um vaso de flores que recebe mais água do que necessita, matando, com isso, a planta.

Também, queremos dizer que em um determinado grupo ou equipe coexistem diferentes pessoas, com diferentes experiências educativas e de vida e, portanto, também com diferentes cargas e demandas informacionais. Uma comunicação somente poderá tornar-se eficaz se levar em conta estas diferenças, pois, para alguns, uma determinada informação pode ser reduntante (repetitiva), mas para outros significa uma novidade e uma nova possibilidade de interpretação do mundo e do próprio trabalho em questão. Ademais, cada pessoa faz uso também diferenciado da informação, dependendo da expectativa que mantém em relação ao trabalho e de acordo com suas experiências anteriores. Alguns são mais atirados, pois sempre interpretam utopicamente o mundo. Outros são mais cépticos, pois experiências anteriores ou análise da atualidade estão dizendo-lhes que “mais uma vez, nada vai dar certo”. Já outros são diferentes e apenas cumprem, de maneira positiva ou negativa, o seu dever.

Para cada um, a informação terá um sentido diferente, pois os membros da equipe são portadores de diferentes histórias de vida e perfis culturais, profissionais, ideológicos ou políticos. Mas isto não significa dizer que as funções da comunicação e da informação deveriam ser, eliminar essas diferenças, mas sim fazer com que elas se transformem em uma variável positiva para o trabalho da equipe, sem desconsiderar o perfil específico e a individualidade de seus membros.

Isto implica entender que o processo comunicacional e informacional, além de levar em conta as diferenças entre os interlocutores, deve buscar entender também como cada membro se vê e vê os outros no conjunto da equipe. É dessa avaliação que se pode buscar formas eficazes de comunicação e circulação de conteúdos informacionais relevantes para os seus membros.

A Comunidade e o trabalho de equipe

Sendo o trabalho no interior de um equipe difícil, mais difícil é quando tratamos do relacionamento desta com o grupo social com o qual ela se relaciona para prestar serviços ou promover alguma forma de intervenção externa. Isto porque os problemas que mencionamos anteriormente são ampliados e a eles são acrescentados outros que nem sempre estão sob o controle da equipe ou que ela tenha a sensibilidade necessária para interpretá-los em um quadro dinâmico que marca as relações sociais.

Apesar das boas intenções e propósitos democráticos de ação, a interenção da equipe se dá em um universo culturalmente estruturado, isto é, as comunidades têm história, universos simbólicos de referência e formas de poder específicas. A entrada de um novo ator social (a equipe, por exemplo) por um lado desestrutura esse universo e, por outro lado, provoca a entrada de novos conteúdos culturais e ideológicos gerados pela instância institucional, principalmente pelo Estado. As consequências são as mais variadas possíveis.

Além disso, as diferentes expectativas existentes entre a equipe e a comunidade geram diferentes formas de comportamento. Inicialmente, as comunidades esperam mais do que a equipe promete ou pode dar e, por essa avaliação, participam ativamente das primeiras atividades. Por meio desse processo, são introduzidas novas relações de poder, concentradas tanto nos membros da equipe quanto em algumas pessoas da própria comunidade que se transforma em interlocutores privilegiados da equipe. Essa situação pode ser claramente percebida durante reuniões com a comunidade nas quais o uso da palavra e a iniciativa da ação ficam concentradas em alguns indivíduos específicos que oferecem maior poder de “diálogo” com a equipe, hierarquizando ou excluindo pessoas do processo comunicacional.

Se por um lado a presença destes mediadores comunitários pode ser entendida como uma maneira de facilitar a relação da equipe com a comunidade, por outro lado, ela cria uma nova estrutura de poder que inibe a participação do restante da comunidade, que ficou fora do círculo decisório. Muitas vezes, apenas tardiamente a equipe toma conhecimento desses problemas e, quando assim acontece, as relações entre as pessoas já estão deterioradas e os conflitos irreversivelmente instalados, com graves consequências para o trabalho. E não custa lembrar que essa questão está ligada à disputa por supostos benefícios a serem auferidos e distribuídos para a comunidade e, como sabemos, quem distribui alguma coisa é detentor de alguma forma de poder.

Mas não podemos esquecer também que a equipe é uma estrutura de poder diante da comunidade e que esta estrutura se revela pelo comportamento e nos diversos símbolos ostentados pelos seus membros. A competência para convocar uma reunião, dirigir a palavra aos membros da comunidade, interpelar por seus hábitos de saúde e promover um discurso prescritivo (o que fazer, como fazer) são formas concretas de poder. O processo comunicacional derivado dessa situação passa a ser unilateral, no qual a equipe se transforma em produtora de mensagens e a comunidade apenas em receptora, com poucas condições de emissão.

Mesmo quando damos um caráter didático e pedagógico ao processo comunicacional, para evitar essa desigualdade entre o pólo emissor e o pólo receptor, nem sempre as mensagens produzidas surtem o efeito esperado junto à comunidade, pois os referenciais de interpretação impedem que elas sejam entendidas e compreendidas pela comunidade. Por exemplo, o uso excessivo de siglas, termos técnicos e conceitos abstratos funcionam como verdadeiras barreiras culturais, pois dizem respeito a uma reflexão feita fora do contexto comunitário. Por exemplo, quando um agente diz: “a partir de agora vamos deixar de trabalhar com a medicina curativa e trabalhar mais com a medicina preventiva” está promovendo uma espécie de terrorismo cultural pois a comunidade não consegue absorver facilmente este conceito, já que ele foi objetivo de reflexão realizada em outro contexto. Para que ele possa ser efetivamente apreendido, deve ser transmitido por uma mediação educativa, levando-se em conta os conteúdos culturais existentes na comunidade, isto é, ele tem de ser apreendido criticamente, da mesma forma como foi inicialmente produzido.

Assim, para sabermos o que pode fazer sentido, ou não, para uma comunidade e avaliar sua capacidade de entendimento diante dos conteúdos da ação social, devemos aguçar a nossa sensibilidade para escutá-la e auscultá-la. Escutar é ouvir os sons, decifrar o seu significado: mas auscultar é uma maneira mais cuidadosa e sensível de ouvir, pois até mesmo o silêncio é portador de significados. É como o médico com o estetoscópio, ao ouvir os sons do corpo de um paciente. Ele tem de interpretá-los, avaliar o que estão “dizendo”, principalmente entender os intervalos de silêncio entre uma batida cardíaca e outra, por exemplo. Mas para fazer isso, o médico depende de muito treinamento, atenção e sensibilidade. No caso de uma comunidade ou agrupamento social, o processo não é muito diferente. Nós temos que auscultá-la, pois os sons que emitem, por meio de várias formas de linguagem: o corpo, a forma de vestir, a ação coletiva, os silêncios, o domínio da fala, os termos utilizados, a compreensão e a atitude diante dos acontecimentos, referem-se a variáveis culturais complexas, que sempre estão nos dizendo alguma coisa. Por exemplo, por meio das festas, multirões, conversas formais e informais, rituais religiosos, ritos de passagem, podemos perceber uma espécie de gramática sobre as experiências de vida acumuladas e maneiras de resolver problemas, inclusive os de saúde, antes da chegada da equipe. E temos de levar isso em conta, se queremos produzir uma comunicação mais horizontalizada e respeitadora dos valores comunitários.

Nesse processo de ausculta, temos de entender que uma comunidade nunca é totalmente passiva e muda diante dos “invasores”, embora suas palavras e gestos nem sempre tenham o poder de alterar o jogo político institucional. Também, nem sempre ela se manifesta por um discurso racional e linear. Ela nos diz muitas coisas, mas nem sempre estamos preparados para ouvi-la, ou melhor, auscultá-la, dentro de sua própria história ou lógica de funcionamento.

É apenas quando entendemos a complexidade cultural, histórica e política em que está envolvida que podemos estabelecer melhor uma comunicação menos hierarquizada e menos artificial com a comunidade, evitando-se assim, torná-la um objetivo passivo de nossas ações.

É por estas razões que podemos concluir aqui que o desafio da comunicação não se resume apenas em produzir material educativo ou persuasivo, mas sim em contribuir para que a equipe perceba as variáveis políticas, culturais e humanas presentes na comunidade ou grupo com o qual pretende atuar, possibilitando, dessa maneira, um verdadeiro diálogo entre uma instância e outra. A ausculta a qual fizemos referência é fundamental neste processo para sabermos o que pode ou não fazer sentido para a comunidade e de que maneira o trabalho da equipe pode ser dialogicamente conduzido.

Relato de Experiência de Trabalho em Prevenção de DST/Aids ²

“Os valores a gente não percebe quando perde e toma os valores do Juruá”

(Prof. indígena Algemiro Verá Mirim).

Este relato trata da experiência de um projeto para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) junto aos indígenas da etnia Guarani-Mbyá, que residem no Estado do Rio de Janeiro.

O trabalho para prevenção de DST/aids com esse grupo se inicia a partir de uma demanda dos próprios índios junto à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em meados de 1999, logo após esta assumir as atividades de assistência à saúde indígena anteriormente delegada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Com o apoio do Ministério da Saúde (MS) por meio da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), Programa Nacional de DST e Aids (CN/DST/aids) e financiamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) teve início um projeto coordenado pela Assessoria de DST e Aids da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) que contou em todas as suas etapas com a parceria de várias instituições e de representantes das comunidades indígenas a serem trabalhadas. Diante do desafio de se trabalhar com uma população culturalmente diferenciada, se buscou como parceiras instituições com trabalhos já reconhecidos na área, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Funai, a Funasa e as Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios de Angra dos Reis e de Paraty, onde estão localizadas as aldeias.

Para a equipe do projeto, trabalhar a questão da DST e da aids, que remete obrigatoriamente a abordagem de temas como sexualidade, gravidez, sexo, questões de gênero, prazer, preconceitos e morte, assuntos tabus para muitos de nós e desconhecidos por nós sobre a população a ser trabalhada, o trabalho significou uma reorientação de valores e um mergulho despido de preconceito no universo do outro.

² Participaram da elaboração deste texto:

Jane Portella, assistente social, técnica da área de Prevenção da Assessoria de DST/AIDS, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e Coordenadora do Projeto.

Diana Pinheiro Marinho, assistente social, Mestre em Ciência, tecnóloga sênior, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENPS / Fiocruz, supervisora técnica no Projeto.

Os Guarani-Mbyá provêm do tronco lingüístico Tupi e da grande família Tupi Guarani (MELLATI,1993). Embora contatados há mais de quatrocentos anos preservam sua língua, sua medicina tradicional e sua religião, tendo sua concepção sobre saúde-doença, vida e morte, alicerçada em outra visão de mundo, no modo de ser Guarani. Sob o ponto de vista da antropologia, para os Guarani, muitas doenças são provocadas por espíritos.

Em território brasileiro os indígenas da etnia Guarani se dividem em três subgrupos que são: os Guarani Kaiowá, os Guarani Nandeva que, na sua maioria estão no Estado do Mato Grosso do Sul, e os Guarani-Mbyá que se espalham por alguns Estados das Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul).

Os Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro vivem em três aldeias, localizadas uma no Município de Angra dos Reis (Aldeia Sapukai) e duas no município de Paraty (Aldeias Araponga e Paraty-Mirim). Nessas comunidades, vivem aproximadamente, 500 pessoas. O uso de roupas, utensílios de cozinha e alguns outros hábitos da sociedade envolvente, com a qual têm intenso convívio, foram absorvidos por elas que, no entanto, preservam sua medicina tradicional, sua língua, sua cosmologia e sua cultura. Esses indígenas são seminômades e o intenso movimento migratório entre as aldeias de uma mesma etnia é um traço cultural que os torna vulneráveis às doenças infecto-contagiosas, ou seja, aquelas que eles classificam como doenças de branco. Para esses indígenas, o conceito de saúde e doença não são dados independentes do todo. Cada doença tem a sua origem, segundo a concepção dos Guarani-Mbyá: doenças como gripe, catapora, tuberculose, entre outras, estão classificadas como “doenças de branco” que “vem de fora da aldeia”. Quanto as DST/HIV/aids, apesar de serem doenças de contágio e os indígenas se referirem a elas como tal, percebe-se que esses conceitos ainda não estão bem definidos, segundo a visão Guarani-Mbyá. Faltam elementos de associação dentro da cultura que possibilitem esse elo.

As doenças de origem transcendental (espiritualidade) e a saúde estão ligadas à posse da terra. Segundo Chamorro (1999) citando Garlet, “os Guarani interpretam as doenças adquiridas no contato, sobre as quais sua medicina tradicional não tem poder, como sintomas de um grande mal que deterioram o equilíbrio da sociedade e do ecossistema como um todo”. Outras classificações são: a) doenças espirituais são as causadas por divindades ou pelo diabo, podem ser castigos aplicados por maus comportamentos seja dentro do seio familiar ou junto a sua comunidade; b) doenças do mundo são as causadas pelos donos da natureza, por espíritos (angue); c) doenças internas são os pequenos adoecimentos na mulher grávida; d) doenças por feitiço são aquelas enviadas por um feiticeiro. Quando a doença é classificada por eles como doença de contágio, procuram o tratamento da medicina ocidental, porém, se o caso for classificado como sendo de alguma outra origem só o pajé poderá curar.

O avanço do processo civilizatório, com a introdução de hábitos culturais e religiosos distintos, da violência e, principalmente, de patologias inexistentes no seu meio, expôs essa população a diversos agravos a sua saúde. Dentre esses, as DST e a aids.

Os indígenas e a aids

Em 1987, foi notificado o primeiro caso de aids em indígena brasileiro. Até abril/2000 somavam 36 casos, uma média de 2,8 pessoas por ano, sendo 07 casos na população Guarani. Do total de casos, 23 já foram a óbito, sendo que a razão homem-mulher é de

1:1. De abril de 2000 a dezembro de 2003 foram registrados mais 64 casos, uma média de 21,8 pessoas por ano, o que representa um aumento de cerca de 07 vezes. É uma situação preocupante. Embora não se conheça nenhum caso de aids entre os Guarani-Mbyá do Estado do Rio de Janeiro, algumas de suas características socioculturais e geográficas tornam esse grupo potencialmente vulnerável à infecção pelas DST/aids. A flutuação populacional é uma característica que permite que pelo intenso fluxo migratório, os indígenas estejam em constante contato com a sociedade envolvente e com indígenas de outras aldeias que já apresentaram casos de aids (ex: Laranjinha/PR). Também a iniciação sexual precoce permite que eles, após o ritual de passagem, busquem a relação sexual, pois casam muito cedo (aos 13 anos a maioria das índias já são mães). Além disso, vários matrimônios favorecem a troca de cônjuge com frequência, fazendo com que eles (homens e mulheres), fiquem expostos a cada troca de parceiro, fato que acontece entre os mais jovens. E por fim, características geográficas como a proximidade de centros urbanos os expõem a fatores como alcoolismo e drogas, entre outros. (MARINHO, 2000)

O projeto

O objetivo do Projeto foi o de fornecer conhecimentos básicos sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/aids para um grupo de homens e mulheres indígenas, a fim de instrumentalizá-los como multiplicadores junto aos seus pares. Nesse sentido, procuramos fornecer-lhes elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que os indivíduos de suas comunidades têm de se infectar, considerando o conjunto formado por certas características individuais e sociais do seu cotidiano que são relevantes para que se exponham mais ou tenham menos mecanismos de proteção diante do problema (AYRES, 1999). Paralelamente, buscamos envolver a equipe multidisciplinar de saúde que atende as aldeias, bem como profissionais de diversas instituições (bombeiros, plantonistas e técnicos de hospitais dos municípios envolvidos, entre outros) oferecendo treinamento para atualização de conhecimentos sobre as DST/aids, aspectos socioculturais e políticas de saúde indígena, objetivando qualificá-los para o trabalho intercultural.

Considerando que a lógica temporal dos indígenas, suas tradições, seus conhecimentos e sua visão de mundo deveriam permear todas as nossas ações, escolhemos trabalhar com metodologia participativa, por meio de oficinas, para possibilitar seu envolvimento, a construção do conhecimento coletivo pela valorização do seu saber, respeitando as suas especificidades na perspectiva de se apropriarem de informações para o desenvolvimento de ações preventivas.

Dentro dessa lógica, procuramos obedecer a algumas etapas: encontros e reuniões entre técnicos da equipe do Projeto e lideranças indígenas foram realizados dentro e fora das aldeias, em espaços institucionais; uma oficina específica de sensibilização de lideranças para o tema das DST/aids procurou obter um diagnóstico do nível de informações e significados referentes à aids que permitisse uma avaliação no sentido de adequar recursos metodológicos para a etapa seguinte, que seria a do treinamento. Alguns conteúdos dessa oficina foram exemplificados em algumas falas que de certa forma nortearam a concepção da dinâmica do treinamento. Alguns termos também foram incorporados como, por exemplo, “armadilhas” - usado para designar lugares e situações de exposição ao risco de contato com DST ou mesmo aids.

A avaliação da oficina nos deu a dimensão da difícil tarefa que seria a introdução de temas sobre uma doença que não se vê e de como eles a percebiam através de seus sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer. Partindo dessa dificuldade, foi montada uma dinâmica onde o “monstro da aids”, termo que também surgiu a partir do imaginário deles expresso por um dos caciques, pudesse ser visualizado.

A idéia do cacique era ter o “retrato” do monstro para afixar na parede do posto de saúde da aldeia, para que sua comunidade pudesse se assustar e então vir perguntar coisas sobre o monstro, quando ele, cacique, poderia então falar da prevenção. Foram trabalhadas então as fantasias que o grupo tinha em relação à doença, ou seja, o que estava no seu imaginário. Foram dadas informações sobre o vírus causador da doença e de suas formas de transmissão e prevenção a partir de conhecimentos que o grupo já dispunha, de suas vivências, tanto do cotidiano quanto do contato com o conhecimento científico. Trabalhou-se o “monstro” de forma lúdica, solicitando que um dos participantes se aproximasse e fingisse ser o HIV (vírus causado da aids). Pelo corpo dessa pessoa (cobrindo-lhe a cabeça) os demais expressaram como imaginavam ser o vírus. Na seqüência, pediu-se que trabalhassem com massinha ou desenho a forma do HIV. Todos participaram, inclusive as mulheres do grupo, que no início da atividade relutaram um pouco.

A pouca participação das mulheres foi percebida nas suas falas, bastante tímidas, característica observada durante todas as etapas do Projeto. O número de mulheres participantes foi bastante inferior ao dos homens (16 homens e 06 mulheres). Considerando essa característica e, como sexualidade é um assunto de difícil abordagem, partimos de sua própria demanda, trabalhando esse tema em grupos de homens e mulheres, separadamente. Em ambos os grupos, foram feitas as caracterizações do corpo humano sendo suas partes nomeadas em português e em Guarani.

No grupo feminino foi observado um comportamento mais reservado. Os depoimentos das índias foram pontuais, havendo a necessidade de estímulos constantes. Estimuladas, falaram sobre a troca de cônjuges, ou seja, os casais se separam e contraem novo matrimônio com índios de outras aldeias, mas da mesma etnia. Essa prática, segundo os mais velhos, é dos jovens, já que os mais velhos consideram o casamento para sempre.

As índias não afirmaram se há relação sexual antes do casamento, embora após o ritual de passagem, que ocorre por ocasião da menarca (por volta dos 12 anos) elas já possam casar e estejam aptas para terem relações sexuais. A escolha do parceiro é livre, mas há necessidade de se pedir o consentimento dos pais da moça. O namoro é dentro da aldeia, onde o casal passeia até o casamento. Pelo seu relato, não existem beijos na boca nem algumas carícias comuns entre os não-índios, como toques pelo corpo, por exemplo. Ainda segundo elas, a relação sexual é uma escolha do marido, ele é quem manifesta o desejo e elas aceitam, nunca tomando a iniciativa.

No grupo masculino foram identificados alguns hábitos culturais sobre sexualidade. Uma das práticas habituais da etnia é uma “reunião” que o cacique faz uma vez por semana com os jovens a partir dos oito anos de idade, para relatar ensinamentos de forma simples sobre práticas sexuais, dança, reza e cuidados com a família. São aconselhados a não terem relações sexuais com mulheres de fora da etnia. Mas nem sempre os conselhos são seguidos. Segundo eles, a mãe proíbe a masturbação. A vida sexual começa na faixa etária de 10 a 12 anos.

As DST também foram trabalhadas em grupos separados por gênero. Foi utilizado material educativo específico para o trabalho de DST/aids com populações indígenas. No caso das mulheres, ao serem perguntadas se conheciam algumas das DST mostradas no álbum, as respostas foram negativas, assim como para percepção de sintomas ou relatos de casos. Sabe-se, no entanto, que existem casos de DST entre eles e que são tratados com remédios da medicina tradicional.

Durante todo o treinamento as formas de transmissão e prevenção do HIV e das DST foram evidenciadas correlacionando-as com as práticas diárias dessa população como, por exemplo, utilização de espinhos, agulhas, tatuagens, utensílios cortantes, relações sexuais desprotegidas, uso de drogas (basicamente bebidas alcoólicas), transfusão de sangue e transmissão da mãe para o bebê, durante a gravidez, o parto e a amamentação. A transmissão vertical foi pouco aprofundada pelos tabus e valores culturais a que remete, considerando-se mais uma vez a dificuldade de expressão por parte das mulheres e a pouca literatura sobre o assunto: “são obscuras as idéias entre relações sexuais e concepção em vários autores. Porém, são unânimes em afirmar que relações sexuais representam um papel coadjuvante na idéia da concepção Mbyá. De preferência, ela ocorre devido a causas sobrenaturais, por intermédio do sonho: a criança é enviada pelos deuses heróis ou parentes falecidos ao pai que a recebe em sonho e conta à mãe que engravidam”. Na noção de concepção Guarani está presente a idéia de reencarnação: “[...] no caso da reencarnação, é sempre o espírito de uma criança falecida que renasce pela mesma mãe logo após ou mais tarde, sem relações sexuais, por intermédio de sonhos ou mesmo danças religiosas. Os adultos nunca renascem” (VERANI ; SOARES, 1997).

O uso do preservativo como recurso para prevenção de DST e aids foi trabalhado em ambos grupos, a princípio com alguma relutância, sendo que os mais jovens apresentaram um pouco mais de interesse. Ao final do treinamento, todos os participantes utilizaram a camisinha no modelo de borracha para demonstração do seu uso correto. Esse insumo, no entanto, como recurso de prevenção, não foi recebido com muito entusiasmo, principalmente por parte dos mais velhos que preferiram referenciar valores da cultura enquanto fatores de proteção. O Cacique João Vera Mirim afirma em sua fala que “eu estudei esse camisinha, esse camisinha é que estragou nós, se usar camisinha tudo livrado, não se cuida mais, o que quer faz, já tem camisinha, já tem segurança pra ele”. O Professor indígena Algemiro Vera Mirim afirma que “hoje muito difícil, a gente recebe muita gente de fora, não sabe como está esse controle. Em primeiro lugar, manter o jovem na aldeia. O educador tem que se reunir e estudar maneira do jovem não sair muito da aldeia, não esquecendo da religião, do ser Guarani”.

Que temas trabalhamos?

Os temas trabalhados no treinamento com os indígenas foram: a história natural da aids; dados epidemiológicos; aids no imaginário indígena; formas de transmissão e prevenção das DST e aids; sexualidade, saúde e doença na visão dos não-índios; e gênero. No treinamento dos profissionais, os mesmos temas foram abordados, incluindo-se políticas de saúde indígena; saúde e doença na visão dos índios; e aspectos socioculturais da etnia guarani Mbyá.

Que resultados tivemos e a que conclusões chegamos?

O treinamento realizado em três dias contou com a participação de 22 indígenas.

Como desdobramentos do mesmo foram realizadas cinco oficinas em aldeias da mesma etnia, três nas aldeias do Estado do Rio de Janeiro e duas em aldeias do Estado de São Paulo, todas pertencentes ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Litoral Sul. Essas oficinas tiveram a participação de dois técnicos da equipe, na qualidade de supervisores e multiplicadores indígenas escolhidos por eles mesmos durante o treinamento.

Algumas lições puderam ser aprendidas durante todo o processo. Consideramos que a confiança mútua estabelecida desde as primeiras reuniões foi possível graças à maturidade da equipe que procurou todo o tempo pautar o trabalho no respeito à diversidade cultural do grupo, adequando às atividades conforme o “tempo indígena” na perspectiva da construção do conhecimento com e não para. Uma análise das avaliações realizadas ao final de ambos os treinamentos mostrou que temas dinamizados foram considerados mais produtivos e melhor assimilados que os de exposição oral. Por permitir envolvimento dos participantes e construir a partir de suas próprias necessidades uma proposta de continuidade do trabalho com a incorporação dos seus próprios conceitos de prevenção foi possível a sua adesão para as outras etapas.

A atualização dos profissionais nas questões relativas às DST e à aids, sua qualificação para o trabalho intercultural e a participação de alguns indígenas que já haviam sido treinados anteriormente se constituíram em fatores facilitadores para a compreensão da visão de saúde e doença de ambos os grupos, índios e não índios. Nesse sentido, os treinamentos foram complementares, mostrando como se pode trabalhar a prevenção a partir de diferentes visões de mundo e diferentes inserções culturais.

Em todas as etapas do Projeto as falas dos instrutores não índios eram traduzidas para a língua Guarani pelos indígenas com o objetivo de fazer com que as informações pudessem ser entendidas por todos os indígenas presentes, pois nem todos entendiam a língua portuguesa. Os treinamentos e as oficinas foram filmados por uma cinegrafista do Museu do Índio/RJ/FUNAI e resultaram em dois vídeos, sendo o do treinamento um documentário e o das oficinas com conteúdo educativo.

A partir de uma demanda dos próprios índios e de material produzido durante as oficinas está sendo estudada a possibilidade de confecção de uma cartilha ou outro tipo de material educativo (a ser discutido com eles) com conteúdos de suas próprias concepções relativas às situações de maior risco de contato com DST e aids. Nos desenhos o uso de bebidas alcoólicas, bem como os fatores de proteção da endogamia Guarani mostraram uma associação bastante importante com as informações trabalhadas nas várias etapas do Projeto.

Ao final do projeto, foi contratada uma consultoria especializada para uma avaliação, a fim de que pudéssemos reorientar as ações de prevenção das DST/aids dentro da perspectiva da promoção à saúde como um todo.

Algumas reflexões e respostas dos indígenas (lideranças e multiplicadores) durante o processo de avaliação do Projeto situam exemplarmente a sofrida, mas ao mesmo tempo rica contradição a que está exposto o povo Guarani Mbyá do Estado do Rio

de Janeiro. Pela sua condição de população empobrecida e com dificuldade de acesso a ações integrais de saúde ela se assemelha a tantos outros segmentos da sociedade brasileira. No entanto, se diferencia desta população pela manutenção de seus sistemas tradicionais de saúde baseados em uma abordagem holística cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia e a sua coesão enquanto povo indígena.

Uma primeira leitura do relatório de avaliação nos remete a uma questão que perpassou todas as etapas do Projeto, a de que embora a “compreensão técnica dos conteúdos do curso e das oficinas tivesse sido bastante correta do ponto de vista sanitário” (relatório de avaliação do Projeto), grande parte do grupo foi fortemente influenciada pela liderança de um dos caciques que privilegiou valores tradicionais da endogamia Guarani como forma de prevenção as DST/aids: evitar as relações extraconjugais e preservar a virgindade dos jovens. Relacionamentos conjugais e extraconjugais com os não-índios (*juruá*) são desestimulados mesmo pela coerção social.

Algumas condições favorecem e facilitam a força política do cacique. A sua aldeia é a mais populosa das três, possuindo as melhores condições de acesso a serviços públicos como posto de saúde e escola bilíngüe funcionando dentro da aldeia, bem como melhores condições de saneamento e transporte. Esses fatores somados a ênfase na preservação de valores socioculturais e religiosos contribuem para a fixação das famílias na aldeia e diminuem a sua vulnerabilidade frente à epidemia da aids.

No entanto, o fato de os casamentos serem realizados no território Guarani como um todo, a mobilidade constitutiva da sua cultura e, por não estarem todas as aldeias no mesmo processo de “proteção” pela adoção da estratégia de resgate da identidade cultural, os tornam também vulneráveis. Acrescente-se a esses fatores outros, como a própria localização geográfica das aldeias. Embora numa de suas falas o cacique ironizasse o fato da doença ter percorrido um caminho tão longo, ter vindo parar bem no bairro onde está a aldeia, mas ter “passado por cima dela” não a atingindo, o fato é que a proximidade com a população fixa e flutuante (turistas, profissionais do sexo, trabalhadores portuários, entre outros), em ambos os municípios, e a necessidade de interação com os núcleos urbanos uma vez que não são auto-suficientes, os expõe de várias maneiras ao risco de contato com várias patologias, incluindo-se DST e aids.

Considerando as diversas situações que poderiam expor a população das aldeias ao contato com doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a aids, foi criado pelo cacique o termo “armadilhas” para referi-las. O termo “culturalmente mais adequado” e logo incorporado pelos participantes, refere-se basicamente à presença indígena em núcleos urbanos (bares, estradas, bordéis, festas, ponto de vendas de artesanato, ponto de ônibus, rodoviária, locais estes onde estariam expostos, principalmente estimulados pelo uso de bebida alcoólica, a comportamentos de risco para contrair DST/aids).

Embora se saiba que muitas mulheres indígenas também fazem uso de bebida alcoólica, esse fator foi mais evidenciado para os homens, estando elas expostas, conforme expressaram através de desenhos e depoimentos, mais pela sedução e falsas promessas do *Juruá*. Homens e mulheres de uma das aldeias menores relataram que as jovens solteiras têm liberdade sexual, vão bastante à cidade e freqüentam forrós, expondo-se muitas vezes ao risco de contrair doenças. Nesse grupo, foi admitida ainda a possibilidade de relações extraconjugais, mesmo por parte das mulheres. Não foi confirmado pelos homens o hábito de relações sexuais monogâmicas no casamento.

Embora lideranças e multiplicadores concordem que os mecanismos da cultura têm como evitar a propagação das DST e prevenir a entrada da aids, admitem que o fato de os *Juruás* estarem em contato muito intenso com os Guarani pode trazer doenças e eles não têm como saber. Enfatizam a preocupação com as mulheres que vão aos forrós e ficam com os *Juruás*, minimizando as “bebedeiras dos homens”.

Evidenciando um outro traço “machista” da sua cultura atribuem grande parte da responsabilidade do cuidado e da proteção (ou a falta dela) às mulheres jovens e solteiras, havendo restrições à sua mobilidade, pela proibição de sair da aldeia.

Questionadas, as mulheres entrevistadas relataram que as moças solteiras namoram mais com os *Juruás* do que os rapazes índios. Depois de casadas passam a ser “donas de casa” e têm que cuidar da família. A mulher tem compromisso com o homem e vice-versa.

Novos caminhos apontados

Como organizar o trabalho de prevenção dentro da própria comunidade é uma preocupação de todos, homens e mulheres das distintas aldeias. Uma das estratégias sugeridas é a de reunir as mulheres para se falar de higiene corporal até chegar no assunto das DST/aids e no uso da camisinha, porque elas têm preocupação com a doença e também com o planejamento familiar. Consideram que aos homens não compete falar de gravidez, nem aos jovens: “porque nosso costume só os velhos falam. Fica esquisito falar sobre essas doenças na frente das mulheres” (referindo-se aos jovens). (Pedro Benite –Agente Indígena de Saúde)

O aprofundamento das reflexões visando a uma tomada de decisão da população Guarani para mudanças de hábitos e comportamentos que podem ser de risco para as DST/aids foi recomendado durante o processo de avaliação do projeto, bem como um redirecionamento da estratégia inicialmente utilizada para sensibilização, privilegiando-se na continuidade do trabalho de prevenção uma interface com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e ao Adolescente, considerando a vulnerabilidade das mulheres e jovens. A discussão em grupos homogêneos de classe, gênero e idade e a conversa de casa em casa foram outras das estratégias apontadas pelos indígenas como facilitadora do processo de mudança.

O projeto terminou formalmente no final de 2000.

Situação das aldeias guarani-mbyá do estado do Rio de Janeiro em relação às DST/Aids em 2005

No decorrer desses cinco anos não tivemos conhecimento de nenhum caso de aids ou de algum índio soropositivo para o HIV entre os Guarani das aldeias do Estado do Rio de Janeiro. No entanto, casos de DST já foram identificados pela equipe multidisciplinar de saúde indígena. A pauperização das aldeias se acentuou, forçando os indígenas a um contato cada vez maior com a sociedade envolvente em busca de formas alternativas de sustento. Também o aumento do consumo de bebida alcoólica permanece como um fator desestabilizante para as famílias e de vulnerabilidade para as DST/aids. Assim, após algumas tentativas de retomar o trabalho de prevenção junto a essa comunidade, realizamos uma oficina de atualização com alguns índios que participaram no projeto inicial e, por sugestão desse grupo, estamos em fase de conclusão de dois vídeos

educativos com roteiro elaborado por eles mesmos, divididos por gênero, para serem utilizados pelos agentes indígenas de saúde junto a grupos de homens e mulheres da aldeia, e de um álbum seriado baseado na concepção do vídeo, com a mesma finalidade. Para a confecção do vídeo, sob a coordenação da Funasa, além da Assessoria de DST e Aids, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e da Fiocruz, contamos com o apoio técnico do LEIO da UFF e Pró-Índio da UERJ.

Prevenção das DST/Aids ³

O trabalho de prevenção deve partir das percepções de cada comunidade indígena sobre o HIV, as formas de transmissão e a de prevenção. A presença de portadores do HIV em algumas comunidades indígenas traz novos desafios e ainda é motivo de muitas dúvidas, tendo acarretado, em algumas situações, atitudes de exclusão da vida social e afastamento temporário ou definitivo da comunidade ⁴.

Ampliar o acesso ao diagnóstico tem sido considerado pelas próprias comunidades como uma estratégia complementar importante. No entanto, tem-se observado que o aconselhamento no oferecimento da testagem é, ainda, uma prática pouco utilizada pelos profissionais de saúde, resultando numa precariedade da avaliação de riscos e comprometendo a adoção de práticas mais seguras.

Garantir o sigilo sobre o resultado dos exames de HIV tem, também, diferentes significados nas comunidades indígenas, podendo gerar situações em que se pleiteia a testagem de toda a comunidade. Também nesses casos, debater amplamente com a comunidade, respeitando-se seus interlocutores e mediadores faz a diferença para que não se leve à falsa percepção de proteção diante de um resultado negativo. Organizar o DSEI para trabalhar com o oferecimento adequado da testagem pode ajudar a evitar situações desta natureza.

Não podemos deixar de registrar a interferência exercida pelas missões religiosas no trabalho de prevenção junto às populações indígenas e o acesso aos serviços de saúde pelos indígenas nas áreas que têm presença missionária.

Com base na experiência acumulada pelos projetos de prevenção desenvolvidos por organizações indígenas e indigenistas, destacamos aspectos a serem considerados no trabalho de prevenção das DST/aids nos DSEI:

- Conhecimento das populações indígenas sobre DST/aids – as referências que estão disponíveis são resultado dos projetos desenvolvidos em áreas indígenas que revelam ainda grande lacuna de diferentes povos quanto as formas de transmissão e prevenção das DST/aids.

³ IN Diretrizes para implantar o programa de DST Aids nos Distritos Sanitários Especiais Indígena – PN DST AIDS/SVS/MS e DESAI/ FUNASA - 2005

⁴ Em algumas comunidades indígenas, é muito difícil preservar a identidade dos portadores de HIV.

- Cada cultura e sua cosmovisão contêm elementos que podem influenciar no resultado do trabalho de prevenção;
- O trabalho deve ser realizado considerando o sentido da comunidade e a solidariedade;
- No planejamento e na realização das ações deve-se considerar a importância da participação dos líderes comunitários (pajés, caciques etc.) pois eles são referência para a comunidade e podem facilitar o processo, contribuindo na sensibilização e na viabilização das ações;
- A transmissão de conhecimentos sobre prevenção deve ser feita com a utilização de formas de linguagem culturalmente adequadas, por exemplo, por meio de imagens e símbolos;
- Visão holística da medicina: ao introduzir a temática da prevenção devemos sempre considerar os saberes tradicionais;
- Valorizar o potencial criativo dos jovens, incluindo-os no processo de criação de material educativo, programação de rádio etc.;
- Compreender e valorizar os contextos sociais e culturais do grupo;
- Buscar metodologias que possam dar respostas eficazes aos trabalhos educacionais;
- Promover a participação efetiva da comunidade em questão, elemento fundamental para o sucesso dos programas;
- Estabelecer um cronograma de atividades que garanta a continuidade das ações implementadas;
- Considerar que todo processo de mudança ocorre a médio e longo prazo, a partir de ações sistemáticas;
- Considerar que o uso de preservativo continua sendo uma prática não habitual entre as comunidades indígenas;
- Ao tratar a temática da sexualidade deve-se atentar para as crenças locais e considerar que a saúde reprodutiva das comunidades indígenas merece atenção diferenciada;
- Desmistificar a concepção, segundo a qual a doença está fora e não dentro da aldeia, já que ainda existe, nos grupos, a crença de que a doença acontece lá fora, ou na cidade, ou em determinados grupos de risco, e que a aldeia estaria protegida do externo;
- Capacitar e instrumentalizar os profissionais de saúde que estão atuando nas áreas indígenas, bem como os profissionais da rede do SUS de referência, para que possam lidar de forma adequada com toda essa diversidade;
- Ao planejar as ações devemos atentar para a presença de missões religiosas nas áreas indígenas que não concordam com a adoção do preservativo como forma de prevenção;
- As ações devem considerar o consumo abusivo de álcool e outras drogas como um dos principais produtores de vulnerabilidade na população indígena;
- A pauperização das condições de vida de algumas comunidades vêm trazendo uma série de transformações nos hábitos cotidianos que deixam as comunidades mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV e outras DST;
- A intrusão das terras indígenas e os conflitos fundiários;
- Relações de poder e a construção cultural de gênero;

- A violência doméstica e sexual deixa as mulheres em situação de maior vulnerabilidade, pois sentem-se ameaçadas e com medo de expor os profissionais de saúde as situações que vivem, temendo represália dos parceiros. Esse ciclo as deixa bastante vulneráveis, já que a situação as impede de negociar o uso do preservativo;
- Existem poucas pesquisas que relatam as concepções culturais sobre corpo, fluidos corporais e concepção, havendo, portanto, a necessidade de maior conhecimento dos temas saúde sexual e reprodutiva em populações indígenas;
- As ações devem garantir a toda comunidade o acesso ao preservativo e à promoção do uso consistente;
- Considerar as dificuldades das mulheres para negociar o preservativo;
- O Aleitamento cruzado é uma prática muito comum na população indígena. Para que essa prática não seja um vetor de transmissão do HIV a comunidade deve estar adequadamente informada sobre as formas de transmissão, ter acesso ao diagnóstico e receber assistência de qualidade que possa garantir o acompanhamento das gestantes soropositivas durante todo o pré-natal e no momento do parto;
- O sucesso das ações de prevenção depende muito da existência de ações educativas que trabalhem os temas com linguagem adequada aos diferentes hábitos culturais e com envolvimento dos diferentes atores sociais no processo de organização, definição e realização das ações;
- Em algumas situações, as comunidades indígenas assumem a postura de identificar as pessoas vivendo com HIV/aids, vendo nesse gesto um mecanismo protetor para o resto do grupo. Essa questão deve ser trabalhada com bastante cuidado e sempre reforçando as informações necessárias, pois este gesto pode deixar as pessoas vivendo com HIV/aids mais vulneráveis;
- Os sujeitos indígenas que vivenciam sua sexualidade entre pessoas do mesmo sexo podem, em algumas comunidades, sofrer estigma e discriminação. Essa situação pode deixá-los mais vulneráveis, de modo que as ações devem procurar colocar a temática em discussão e produzir estratégias cuja abordagem possa responder às necessidades de informação e acesso aos serviços desta população;
- Barreira lingüística.

Eixos do trabalho de prevenção das DST/aids

Das equipes dos DSEI

1. De acordo com as diretrizes da Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cabe à Funasa promover a sensibilização cultural dos profissionais de saúde e preparar recursos humanos para a atuação em contexto intercultural, em processo de educação permanente;
2. Considerar no planejamento do trabalho a perspectiva da interculturalidade, desde a identificação das necessidades até a avaliação do impacto das ações na saúde da população enfocada (BUCHILLET, 1998).
3. Ter profissionais de referência para cada DSEI – antropólogos, lingüistas e pedagogos. Esses profissionais poderão contribuir com os profissionais de saúde quanto ao acesso à literatura sobre as etnias da área de abrangência de cada DSEI, orientação sobre como realizar levantamento de dados que possam embasar o planejamento das ações educativas de prevenção e saúde, contribuir na organização e realização das oficinas de prevenção com os multiplicadores

da comunidade e oficinas de produção de material educativo culturalmente sensíveis. Os agentes indígenas de saúde podem dar um amplo apoio a esse trabalho, considerando-se, inclusive, o domínio da língua materna.

4. Garantir uma equipe de formadores composta por educadores (AIS, lingüistas ou pedagogos) e antropólogos em cada DSEI. Essa equipe atuará junto à equipe multidisciplinar, com a finalidade de dar suporte às atividades dos técnicos e auxiliares nas áreas indígenas e nas CASAI, fazendo acompanhamento e avaliação.

Das ações educativas - Oficinas pedagógicas e construção de materiais educativos culturalmente adequados

- Organizar oficinas pedagógicas para os interlocutores/multiplicadores das diferentes etnias;
- Quando necessário, construir materiais culturalmente sensíveis com a participação da comunidade, que possam ser utilizados no trabalho contínuo;
- Público das oficinas:
 - Interlocutores - AIS, AISAN, auxiliares de enfermagem, professores, funcionários da FUNAI, parteiras, lideranças, pajés etc.;
 - Comunidade indígena.
- Equipe necessária:
 - Equipe de formadores;
 - Equipe multidisciplinar;
 - Antropólogo, lingüista, pedagogo.

A forma de realizar essas discussões com a comunidade deverá ser de acordo com a realidade local:

- Muitas comunidades preferem que as oficinas reúnam homens e mulheres separadamente, pois sentem-se mais a vontade para expor questões relacionadas à sexualidade;
- Na elaboração das oficinas de prevenção é importante considerar as especificidades, organizando os grupos por classe de idade ou de casados e não casados, por exemplo;
- Lembramos que a maioria dos agentes indígenas de saúde são homens. Esse é um dos fatores que faz com que muitas mulheres não falem sobre DST/aids com os agentes indígenas de saúde. Por isso, deve-se estimular as mulheres para que atuem como agentes indígenas, especialmente realizando ações de prevenção;
- Há situações em que a abordagem individual é a melhor estratégia para o estabelecimento do vínculo com as mulheres;
- Quando o profissional de saúde leva informações pontuais até a comunidade por meio de palestras, a população muitas vezes não se sente à vontade e não tem espaço para elaborar suas dúvidas. Nesse sentido, não é recomendada a utilização desta prática para trabalhar ações de prevenção das DST/aids;
- As especificidades de cada povo devem ser respeitadas. Dentro de um mesmo DSEI pode-se optar pela construção de materiais de cada etnia ou de um material do DSEI que contemple as concepções de saúde e doença de cada etnia;
- Nos locais onde houver materiais educativos já produzidos, estes deverão ser avaliados quanto à sua eficácia como instrumento de comunicação, para que se considere a real necessidade de outros materiais.

Do Preservativo

No Brasil, as ações desenvolvidas para a prevenção das DST/aids e a promoção da saúde primam pela recomendação do uso do preservativo em todas as relações sexuais. Abordagens que recomendam a diminuição do número de parceiros, a abstinência e a fidelidade não têm tido impacto entre as pessoas sexualmente ativas.

Abordar as diversas práticas sexuais (anal, vaginal, oral), destacando as diferentes vulnerabilidades masculinas e femininas (biológicas e de gênero) é fundamental para que homens e mulheres percebam as situações de vulnerabilidade, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas também de suas parcerias – homo e/ou heterossexuais.

Avaliando-se a intensificação das relações das populações indígenas com a sociedade envolvente, tem-se observado a orientação interna em diversas comunidades sobre a necessidade de adoção do preservativo nas relações sexuais estabelecidas fora da comunidade. No entanto, percebe-se que este mecanismo pode, ainda, ser limitado como estratégia de prevenção, principalmente nas comunidades que têm contato mais intenso e antigo com a sociedade envolvente.

Para abordar o uso do preservativo como prática sexual segura, há então que se refletir sobre as particularidades culturais no campo da sexualidade, considerando-se, também, as práticas adotadas ao longo do contato dos povos indígenas com a sociedade envolvente. *Neste sentido, todo projeto de saúde pública visando a mudar comportamentos considerados como de risco deve levar em conta a cultura que lhe é subjacente* (BUCHILLET, 1998).

Usar o preservativo nas relações dentro das aldeias e/ou fora delas? Essa é uma pergunta que vem sendo feita desde que se iniciaram as intervenções junto às populações indígenas para se prevenir das DST e HIV/aids. Influenciam na tomada de decisão quanto ao uso do preservativo, as representações indígenas sobre corpo e seus fluidos, o processo de reprodução, a concepção de saúde, os namoros conjugais e extra-conjugais.

Os conselhos locais devem ser envolvidos na discussão sobre as ações de prevenção e disponibilização de preservativos. Experiências recentes de projetos de prevenção que incluem a capacitação de profissionais de saúde têm apontado algumas das percepções destes sobre o uso do preservativo pelos indígenas e a necessidade de não ser pensado isoladamente da ação permanente de saúde.

Propostas:

- Abordar o uso do preservativo nas ações educativas e no momento do aconselhamento;
- Disponibilizar preservativo masculino para as atividades educativas e atendimento das necessidades das comunidades no contexto das ações educativas, respeitando-se as especificidades de cada povo;
- Os DSEI e os programas estaduais de DST/aids devem planejar em conjunto e estabelecer logística para garantir o oferecimento de preservativos à comunidade, de acordo com suas necessidades, nos postos indígenas, pólos-base, CASAI e associações indígenas. Devem considerar também a possibilidade de disponibilizar preservativos femininos;

Diagnóstico e aconselhamento

Aconselhamento é um diálogo baseado em relação de confiança que visa a proporcionar à pessoa condições para que ela avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar as situações de vulnerabilidade relacionados às DST/aids.

O papel do profissional no aconselhamento é:

- Ouvir as preocupações do indivíduo;
- Propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades;
- Prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida.

O aconselhamento deve estar presente em todos os momentos da atenção à saúde. É uma ação que transcende o âmbito da testagem e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde. Fundamenta-se em prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST/aids e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e na plena utilização dos seus direitos.

Os programas estaduais de DST e aids poderão organizar, em conjunto com os DSEI e Pólos de educação permanente, cursos de aconselhamento para os profissionais de saúde que atuam com a população indígena – médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde e agentes indígenas de saúde lotados nos postos indígenas, pólos-base e CASAI.

O manual e a metodologia para aconselhamento definidos para a atenção básica deverão ser utilizados em treinamentos para profissionais de saúde indígena para incorporação das recomendações que atendam às especificidades da população indígena.

Aconselhamento para DST/Aids no SUS

A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV/ outras DST e na qualidade da atenção à saúde. Contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional. Inclui cuidar dos aspectos emocionais, tendo como foco *a saúde sexual e reprodutiva, o uso de drogas e os direitos humanos*.

Atualmente, é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento e em diversos contextos dos serviços no SUS:

- Nas unidades básicas de saúde (UBS);
- Nas maternidades;
- Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA);
- Nos serviços especializados de referência para as DST/Aids (SAE).

No entanto, as equipes de saúde ainda apresentam dificuldades na abordagem das questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e saúde reprodutiva das pessoas que vivem com HIV/aids, percebendo-se intervenções insuficientes para atender necessidades específicas dos grupos populacionais, especialmente as mais vulneráveis ao HIV.

Na utilização do teste rápido como método diagnóstico da infecção pelo HIV, é importante lembrar que os componentes da prática de aconselhamento - troca de informações, avaliação de riscos e apoio emocional - permanecem compondo a ação. A mudança trazida pelo novo método é **o menor período de tempo entre coleta e resultado**, diferenciando-o da metodologia tradicional. Essa mudança reduz o tempo para reflexão do usuário e compartilhamento com parceiros ou rede social da possibilidade de um resultado positivo. Esse espaço de tempo, em algumas pessoas, auxilia na redução do impacto do resultado. Ao mesmo tempo, exige maior habilidade do profissional no manejo de reações emocionais, no reforço à confiabilidade do teste e na agilidade no acolhimento da rede de atenção. O intervalo entre a coleta de sangue e a comunicação do resultado do teste rápido, é um momento valioso para estreitar vínculo e qualificar o atendimento das demandas do usuário, principalmente aquelas relacionadas à informação e preparação do resultado.

O aconselhamento se fundamenta na interação e na relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o usuário. O papel do profissional sempre é da escuta das preocupações e dúvidas do usuário, desenvolvendo habilidade em perguntar sobre a vida íntima, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, adoção de práticas seguras, na busca da promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário.

A integralidade, subjetividade e compreensão dos diversos contextos de vulnerabilidades são elementos fundamentais para a abordagem de redução de riscos

O aconselhamento na situação de testagem para o HIV

1- ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE – (coletivo e/ou individual)

Fazem parte desta etapa o acolhimento, estabelecimento de vínculo, mapeamento de situações de vulnerabilidade e orientação sobre o teste. O grau de aprofundamento da abordagem destes conteúdos irá depender do conhecimento das DST/aids, percepção de risco e disponibilidade de tempo de cada usuário.

a) Apresentação e acolhimento

É importante que o profissional estabeleça um ambiente favorável para o diálogo e esteja atento para:

- Assegurar privacidade mínima;
- Destacar o objetivo do atendimento;
- Reforçar a garantia do sigilo;
- Estimular a fala do usuário identificando fatores de vulnerabilidade e risco.

b) Levantamento de conhecimento sobre DST/aids, práticas de risco e vulnerabilidade

Importante levar em consideração os distintos níveis de conhecimento da população sobre transmissão, prevenção e viver com HIV e aids. Tais diferenças podem estar associadas ao nível de escolaridade e renda, bem como à percepção individual sobre risco e vulnerabilidade. A busca espontânea pela testagem pode traduzir percepção de risco, permitindo abreviar este momento.

A abordagem inicial permita identificar o conhecimento do usuário sobre DST e Aids, bem como iniciar o “mapeamento” das situações de risco e vulnerabilidade em que ele possa estar inserido, motivação para a realização do teste. Esses conteúdos deverão ser complementados e aprofundados após o resultado do teste, permitindo uma abordagem sobre aspectos de sua vida íntima, tais como práticas sexuais e uso de drogas. Nesse momento é necessário considerar:

- Práticas sexuais com e sem proteção (tipos de vínculo com parceria sexual, orientação e práticas sexuais, dificuldades no uso de preservativo);
- Uso de drogas (tipo e formas de uso, contextos de utilização, hábitos dos parceiros, dificuldades no uso de preservativos sob efeito de álcool e outras drogas);
- Histórico de DST;

c) Oferta e informações sobre o teste anti-HIV

Explicitar ao usuário o algoritmo de diagnóstico e possíveis resultados tanto do teste rápido como do sorológico e as questões relacionadas à janela imunológica. Discutir as vantagens e implicações dos dois métodos.

No caso do teste rápido, o período de espera do resultado poderá ser ocupado no aprofundamento da avaliação de riscos com o usuário e com atividades, como por exemplo a disponibilização ou leitura de material educativo, esclarecimento de dúvidas com a equipe de saúde, atividades de sala de espera tais como vídeo, palestras ou grupos de discussão, que dependem da organização de cada serviço para sua realização.

2- ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

a) Entrega do resultado

Neste momento é importante garantir o sigilo ao usuário, explicar o resultado do teste e orientar o usuário, individualizando seu significado.

É importante utilizar as informações já reveladas no momento anterior, complementando as informações sobre, por exemplo, orientação e práticas sexuais, uso de álcool e outras drogas, levantando o mínimo necessário de dados para contextualizar as orientações sobre medidas preventivas e redução dos riscos.

a.1) Resultado negativo:

Nesta situação a prioridade é reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção para evitar futuras exposições de risco. Necessário atenção do profissional, pois a sensação de alívio deste momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras.

Neste momento é essencial:

- Explicar o significado do resultado negativo, reforçando que a testagem não evita a transmissão em novas exposições;
- Verificar a possibilidade de janela imunológica caso tenha ocorrido alguma exposição de risco nas 4 semanas que antecederam a realização do teste, indicando retorno para retestagem após 30 dias, ressaltando a necessidade de adotar as medidas de prevenção;
- Lembrar que cada usuário tem suas especificidades e a necessidade que as orientações considerem o estilo de vida ou a condição atual como, por ex: dificuldades na negociação do preservativo, práticas sexuais sob efeito de drogas (lícitas e /ou ilícitas, inclusive o álcool), uso de preservativo nas diferentes práticas sexuais, com os diferentes tipos de parceiros (fixos ou eventuais);
- Reforçar as informações sobre risco e vulnerabilidade, orientando sobre a prevenção de DST e aids. Importante discutir com o usuário estratégias de redução de riscos;

- Para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não-compartilhamento de seringas e agulhas - no caso de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). Considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química;
- Reforçar a importância de testagem do parceiro fixo;
- Apoio emocional deve permear todo o atendimento; quando necessário encaminhar o usuário para manejo na área de saúde mental.

a.2) Resultado positivo:

O impacto do resultado positivo costuma ser intenso, para o usuário e muitas vezes para o profissional. É fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do usuário. Informações sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento, encaminhamentos necessários e discussão sobre adoção de medidas de prevenção deverão ser oferecidos de acordo com a condição emocional do usuário.

Neste momento é importante :

- Reafirmar o sigilo do resultado;
- Garantir à pessoa o tempo necessário para assimilação do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação etc.);
- Lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV (melhora da qualidade e expectativa de vida, redução de morbimortalidade);
- Ressaltar a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para garantia da qualidade de vida do usuário;
- Informar a importância da testagem dos parceiros sexuais;
- Para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não-compartilhamento de seringas e agulhas - no caso de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) - para que o usuário reduza seus riscos de reinfecção e de transmissão para seus pares. Novamente considerar o encaminhamento para Programas de Redução de Danos (PRD) e/ou Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química;
- Indicar grupos de apoio existentes na comunidade, no serviço ou em ONG locais;
- Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta as informações coletadas no pré-teste, lembrando-se, principalmente, da vulnerabilidade, das questões relacionadas a gênero, de direitos reprodutivos, de diversidade sexual e de uso de drogas;
- Agendar consulta conforme fluxo do serviço.

O profissional de saúde deve respeitar o direito do usuário de revelar o diagnóstico ao seu parceiro(a) sexual, prestando-lhe apoio durante este processo, inclusive se disponibilizando para participar do momento da revelação.

Caso o profissional de saúde tenha esgotado a possibilidade de sensibilização do usuário para revelação de sua condição a seu(sua) parceiro(a), identificando sua recusa, o médico da equipe, poderá informá-lo da possibilidade de contatar seu(sua) parceiro(a) para oferecimento do teste, conforme Resolução 1665/2003 do Conselho Federal Medicina: “ O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (aids), mesmo quando submetido a normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família”.

SERVIÇOS – CONTEXTOS

I - PROGRAMAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os agentes comunitários de saúde têm um papel essencial na identificação das vulnerabilidades e risco para as DST nas comunidades que atuam. Para isso, é importante que incluam na sua rotina um olhar sobre os diferentes contextos de vida dos diversos segmentos populacionais e tenham uma abordagem objetiva sobre os aspectos da sexualidade, do uso de drogas e direitos humanos.

As ações do agente comunitário de saúde na comunidade contribui para o aumento da procura do serviço, para desmistificação da testagem anti-HIV e melhora a receptividade para o aconselhamento e mudança de práticas. É muito importante que o agente comunitário, como todo profissional da saúde, esteja atento para não emitir juízos de valor, atitudes de preconceito e quebra de sigilo.

COMPETÊNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O atendimento qualificado do agente comunitário de saúde implica em:

- Prestar informações relacionadas às DST/aids;
- Disponibilizar insumos de prevenção;
- Encaminhar os usuários para as unidades de saúde para realização da testagem, discutindo com a equipe as vulnerabilidades específicas de cada situação, preservando confidencialidade e sigilo;
- Oferecer apoio nas situações em que os usuários compartilham angústias;
- Ter disponibilidade para o diálogo no processo de assimilação de um resultado, esclarecer dúvidas sobre práticas preventivas e identificar referências de apoio social.

II - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS)

O acolhimento dos segmentos mais vulneráveis para as DST e a inserção do tema DST/aids em atividades de sala de espera e com grupos específicos favorece a adesão ao serviço e a explicitação das necessidades particulares relacionadas às DST/aids

nas consultas. Assim, amplia e dinamiza o aconselhamento no que concerne à etapa de avaliação de riscos e discussão de medidas preventivas que é exercida mais plenamente em momentos individuais do atendimento. Entretanto, a atenção para os aspectos emocionais e identificação de oportunidades para orientação preventiva devem ser constantes.

COMPETÊNCIA DA UBS NO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM ANTI-HIV

- Aconselhamento para prevenção em DST/aids;
- Avaliação de riscos nas consultas, nos grupos de educação em saúde, no pré-natal e planejamento familiar, na demanda espontânea para a testagem do HIV e outras DST;
- Oferta e realização do teste;
- Orientação quanto a adoção de práticas seguras;
- Disponibilização de insumos de prevenção e orientação para seu uso correto;
- Agendamento de consultas conforme fluxo estabelecido;
- Apoio a aceitação do status sorológico, adesão e fortalecimento das mudanças de práticas seguras.

III- MATERNIDADES

A situação do parto não se constitui o momento ideal para o aconselhamento relacionado às DST/aids. Diante da necessidade de realização do teste anti-HIV para as mulheres que não tiveram a oportunidade durante o pré-natal, é importante que se estabeleça um vínculo e acolhimento mínimo para:

- Reafirmar sigilo;
- Informar da necessidade e vantagens do teste;
- Obter o consentimento;
- Sinalizar sobre um encontro pós parto, para uma abordagem mais pormenorizada.

Aconselhamento pós-teste:

Considerando o período curto de permanência na maternidade, é importante criar oportunidades para o aconselhamento pós-teste proporcionando orientações importantes para a qualidade de vida.

No Centro Obstétrico:

Diante do resultado negativo

- Comunicar o resultado do exame, conforme item a.1.

Diante do resultado positivo

- Informar o resultado do exame;
- Orientar sobre as ações de prevenção da transmissão vertical do HIV a ser implementadas antes e durante o parto;

- Orientar quanto à via de parto (cesareana);
- Promover apoio emocional;
- Caso a parturiente esteja com acompanhante, verificar conjuntamente a possibilidade de incluí-lo no processo.

No alojamento conjunto:

Diante do resultado negativo

Considerar os conteúdos já referidos anteriormente no item a.1.

Diante do resultado positivo

- Avaliar a necessidade de apoio para compartilhar o resultado com o parceiro e rede social;
- Enfatizar sobre as condutas preventivas (não-amamentação) realizadas para a proteção do RN e outros procedimentos necessários para a saúde da mãe;
- Informar sobre a necessidade de acompanhamento e adesão ao tratamento do binômio mãe-filho pós-alta;
- Rever e esclarecer informações e orientações recebidas no pré-natal e relacionadas às condutas realizadas durante e após o parto;
- Informar do direito ao acesso a fórmula láctea para alimentação do RN;
- Enfatizar o uso do preservativo.

IV- SERVIÇO DE REFERÊNCIA – conforme estabelecido pela estruturação da rede local

O ingresso do usuário no serviço de referência com teste positivo, estabelece a necessidade de reforçar alguns aspectos que podem não ter sido adequadamente trabalhados no aconselhamento em função da fragilidade emocional que permeia esta situação. Necessário sempre avaliar se o significado do teste positivo foi compreendido, a necessidade de testagem do (a) parceiro (a) e iniciar o acompanhamento ambulatorial.

É necessário avaliar se os aspectos relacionados ao aconselhamento pós-teste positivo (**item a.2**) foram adequadamente trabalhados e compreendidos pelo usuário, reforçando os seguinte itens:

- Avaliar a necessidade de apoio para compartilhar o resultado com o parceiro e rede social;
- Verificar se o parceiro foi testado, e a necessidade de apoio para encaminhá-lo;
- enfatizar a importância da adesão ao acompanhamento e ao tratamento.

Aconselhamento da puérpera no Serviço de Referência

É importante que a puérpera que teve seu diagnóstico estabelecido na maternidade, tenha um bom acolhimento e possa expor suas dúvidas e angústias sobre seu status sorológico e sobre o tratamento que não foram suficientemente esgotadas na maternidade.

Necessário focar os seguintes aspectos que não tenham sido satisfatoriamente abordados na maternidade:

- Significados e percepções da mulher a respeito do resultado reagente;
- Sentimentos da mulher em relação a sua condição sorológica;
- Sentimentos da mulher em relação ao seu bebê;
- Enfatizar a importância da adesão ao seu tratamento e à profilaxia do RN exposto;
- Avaliar as dificuldades enfrentadas pela puérpera na implementação das condutas preventivas sugeridas para a proteção do RN e outros procedimentos necessários para a saúde da mãe;
- Esclarecer orientações de prevenção da TV recebidas no pré-natal e relacionadas às condutas necessárias após parto;
- Demais orientações consultar capítulo VIII – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV.

V - CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)

Os CTA foram estruturados para possibilitar o acesso ao diagnóstico do HIV com anonimato para populações que se percebem em risco para o HIV. Têm como principal atribuição a captação de segmentos mais vulneráveis. A maioria desses centros está organizada com equipes multidisciplinares dedicadas exclusivamente às ações de diagnóstico e aconselhamento do HIV, sífilis e hepatites virais B e C, permitindo um tempo maior de contato com o usuário e possibilitando uma avaliação de risco, fortalecendo as estratégias de redução de vulnerabilidades mais detalhada.

Compete ao CTA

- Diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B e C;
- Realização do Aconselhamento pré e pós-teste, de CASAI (Casas de Saúde Indígena), pessoas vivendo com HIV e aids e familiares até que sejam atendidas nos serviços de referência;
- Encaminhamento dos usuários para os serviços especializados em DST, Aids e Saúde Mental e UBS conforme cada caso;
- Retestagem dos casos identificados na situação de janela imunológica;
- Disponibilização dos insumos de prevenção e de material informativo;
- Realização de ações de estímulo, realização da testagem e orientações sobre práticas seguras na comunidade, articulados com PACS/PSF, UBS e sociedade civil organizada;
- Elaboração de relatórios com base nos dados do SI-CTA, sistema informatizado para subsidiar planejamento das ações do serviço.

Referências

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AIRES, J. R. C. M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser. In: PREVENÇÃO na escola, relatos de experiências. São Paulo: FDE, 1999. p. 7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/aids para a atenção básica*. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV. In: _____. Ministério da Saúde. *Diretrizes básicas para os CTA*. Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ações de prevenção ao HIV e outras DST na atenção básica à saúde. In: _____. Ministério da Saúde. *HIV/aids, hepatites e outras DST*. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18).
- _____. Presidência da República. Índios do Brasil. In: SOCIEDADES indígenas e ação do governo. Brasília, 1996. p. 9-11.
- BUCHILLET, Dominique. *Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal: suporte a projetos culturalmente sensíveis*. [S.l.: s.n.], 1998.
- CHAMORRO, Graciela. *Os guarani: sua trajetória e seu modo de ser*. São Leopoldo: Conselho de Missão entre Índios, 1999. (Cadernos do Comin, 8).
- CONFALONIERI, U.; MARINHO, D. As populações indígenas no Brasil. In: SAÚDE de populações indígenas: uma introdução para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Pares, 1993.
- DAVINI, M. C. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. *Cadernos das oficinas de capacitação pedagógica*. Brasília, 2001.
- MARINHO, D. P. *Indicador de vulnerabilidade à aids através de um SIG: os Guarani Mbyá do estado do Rio de Janeiro*. 2000. Dissertação (Mestrado)–Instituto Militar de Engenharia, Rio de Janeiro, 2000.
- MELATTI, J. C. Quantos são os índios do Brasil. In: ÍNDIOS do Brasil. São Paulo: [s.n.], 1993. p. 19.
- MEYER, Dagmar E. Estermann et al. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 22, n. 6, jun. 2006.
- MIRIM, Algemiro Terá. “Os valores a gente não percebe quando perde e toma os valores do Juruá”. In: RELATÓRIO final do projeto de prevenção de DST/aids desenvolvido como os índios guarani do estado do Rio de Janeiro. Brasília: Inep, 1981.
- VERANI, C. A medicina indígena. In: SAÚDE de populações indígenas: uma introdução para profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Pares, 1993.
- VERANI, C.; SOARES, I. Componente antropológico. In: CONFALONIERI, U.; MARINHO, D. P. (Coord.). *Relatório Final Projeto de Antropologia e Saúde para a Etnia Guarani de Paraty (RJ)*. Rio de Janeiro: NESPI, 1997.

Leitura complementar

- ARAÚJO, C. L. F. A prática do aconselhamento em DST/AIDS e a integralidade. In: MATTOS, R.; PINHEIRO, R. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. p. 145-168.
- CAMARGO JUNIOR, K. R. Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 70-80, ago. 2003.
- GARNELO, L. et al. *Representações indígenas sobre DST/ Aids no Alto Rio Negro: aspectos preliminares*. Brasília: [s.n.], 2005.
- GONÇALVES, M. A. A essência do cosmo: etoibii, “o sangue do sexo”. In: O MUNDO inacabado: ação e criação em uma cosmologia amazônica: etnografia Pihahã. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.
- LANGDON, E. J. *As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção de aids*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 16, n. 2, maio/ago. 2007.
- MINDLIN, B. *Mito e sexualidade*. São Paulo: Braziliense, 1992.
- PAIVA, Vera. Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de emancipação psicossocial. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 27, p. 58-69, ago. 2003.
- VASCONCELOS, E. M. Introdução. In: EDUCAÇÃO popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC/Ministério da Saúde, 1999.
- WIIK, F. B. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a aids entre os índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, mar./ abr. 2001.

Equipe Técnica

Esta publicação é uma adaptação de proposta de capacitação elaborada para o processo de descentralização de diagnóstico do HIV na rede básica de saúde do SUS.

Organizadoras

Vera Lopes dos Santos – PN DST AIDS
Denise Serafim – PN DST AIDS
Dulce Ferraz – PN DST AIDS

Organizadora da Oficina de Validação

Maria Dulcimar Del Castilo – DESAI/FUNASA
Vera Lopes dos Santos – PN DST AIDS

Consultoria para esta edição

Marlene Oliveira – socióloga/SMS Londrina
Maria Gorete Medeiros – Enfermeira CTA/DF

Colaboradores na validação da proposta

Profissionais de Saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígena

Ana Maria Nóbrega de Góes – DSEI Litoral Sul
Rosângela Borges Giubin – DSEI Litoral Sul
Elaine Ferreira Farias Ktzwinkel – DSEI Alto Solimões
Veronica Maria Vasconcelos de Almeida – DSEI Alto Solimões
Gerliane Sousa Moura – DSEI Alto Rio Negro
Sizinando Joel Pontes Lobato – DSEI Alto Rio Negro
Luciola Maroa Inacio Belfort – DSEI Araguaia
Janaina Alves Sato – DSEI Araguaia
Gisele Gomes Barbosa – DSEI AP/PA
Suely Costa Oliveira – DSEI AP/PA
Maria Nazare Correia de Menezes – DSEI PE
Lucia Maria Sobral Machado – DSEI PE
ZELIK TRABJER – DSEI Mato Grosso do Sul
Erika Kaneta Ferri – DSEI Mato Grosso do Sul
Alayna de Araujo Costa – DSEI MA
Monica Elsy Coelho – DSEI MA
Celso Possobom Mafa – DSEI Kayapó PA
Maria das Graças Pamplona – DSEI Kayapó PA
Isolda Gerlane Dantas de Freitas – DSEI Leste de Roraima
Algiane de Cassia Aragão Reis – DSEI Leste de Roraima
Marcelo Ney da Rosa Oliveira – DSEI Alto Rio Negro

Revisão final

Vera Lopes dos Santos
Denise Serafim
Dulce Ferraz

Assessor Responsável Unidade de Prevenção

Ivo Brito

Assessora Adjunta Unidade de Prevenção

Ângela Donini

