2007

SAúDE e PReVENÇãO NaS ESCoLAS

Atitude pra curtir a vida.

GUIA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO

COLEÇÃO DST • AIDS – SÉRIE MANUAIS

Ministério da Saúde
Ministério da Educação
UNESCO
UNICEF
UNFPA

Guia para a formação de profisionais de saúde e de educação

Saúde e Prevenção nas Escolas

Série Manuais nº 76

Brasília
junho/2007

© 2006. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,
desde que citada a fonte.
Tiragem: 30.000 exemplares

Produção, 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

Série Manuais nº 76 – PN-DST/AIDS

Publicação financiada com recursos do Projeto UNODC: AD/BRA/03/H 34

Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS
Alexandre Magno de A. Amorim

Editor
Dario Noleto

Projeto Gráfico e capa
Bruno Imbroisi

Diagramação
Bruno Imbroisi e Alexsandro de Brito Almeida

Autoria para esta edição
Esta publicação é uma adaptação da proposta de formação de profissionais de saúde e de educação, cedida pela autora e enfermeira Dra Marina Marcos Valadão[1].

Consultoria para esta edição
Marina Marcos Valadão

Organizadores
Ângela Donini
Maria Adrião
Marina Marcos Valadão
Vera Lopes

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Saúde e prevenção nas escolas : guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1262-2

1. Educação em saúde. 2. Educação sexual. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 590

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1106

[1] A produção deste material foi um processo que contou com muitos colaboradores que contribuíram no processo de elaboração das versões preliminares.

SUMÁRIO

Apresentação **5**

Introdução **7**

Modelo de quadro esquemático do curso **8**

Proposta e metodologia **9**

Unidade 1 - Primeiras Palavras **15**

Oficina 1 - Amigo Secreto 18

Oficina 2 - Mitos ou realidade? 18

Oficina 3 - Acordos para o trabalho em grupo 21

Unidade 2 - A busca de novos caminhos para prevenir DST/Aids **23**

Oficina 1 - O Corpo tem alguém como recheio 27

Oficina 2 - Identidade e estima 28

Oficina 3 - Qual educação para qual saúde? 31

Oficina 4 - Risco ou vulnerabilidade 32

Oficina 5 - Avaliação da unidade 37

Unidade 3 - Relações de Gênero **39**

Oficina 1 - Identificando estereótipos 43

Oficina 2 - A construção social dos gêneros 44

Oficina 3 - Planejando atividades para o trabalho em grupos 46

Oficina 4 - Avaliação da unidade 48

Unidade 4 - A sexualidade na vida humana **51**

Oficina 1 - Re-visitando a adolescência 55

Oficina 2 - A orientação sexual do desejo 57

Oficina 3 - Homossexualidade na escola 61

Oficina 4 - Violência e abuso sexual 63

Oficina 5 - A sexualidade na vida das pessoas com deficiência 67

Oficina 6 - Planejando atividades para o trabalho em grupos 69

Oficina 7 - Avaliação da unidade 71

Unidade 5 - Saúde sexual e saúde reprodutiva **73**

Oficina 1 - Anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais 76

Oficina 2 - Métodos contraceptivos 76

Oficina 3 - Direitos sexuais e reproutivos 83

Oficina 4 - Gravidez na adolescência 86

Oficina 5 - Planejando atividades para o trabalho em grupos 88

Unidade 6 - Doencas sexualmente transmissíveis e aids **93**

Oficina 1 - Sexualidade em tempos de aids 96

Oficina 2 - Outras doenças sexualmente transmissíveis (além da aids) 101

Oficina 3 - Aids e direitos 103
Oficina 4 - Drogas psicoativas 108
Oficina 5 - Redução de danos 112
Oficina 6 - Discriminação X Solidariedade 115
Oficina 7 - Planejando atividades para o trabalho em grupo 116

Unidade 7 - Planejamento de uma ação local integrada 119

Oficina 1 - Escola/Serviço de Saúde/Família: a quem cabe a responsabilidade pela educação em sexualidade? 122
Oficina 2 - Articulação Saúde/Educação 125
Oficina 3 - Ação no território e intersetorialidade 128
Oficina 4 - Avaliar o quê? Quando? Como? Por quê? 129
Oficina 5 - Planejando uma ação local integrada (Parte A) 131
Oficina 6 - Planejando uma ação local integrada (Parte B) 134
Oficina 7 - Avaliação do curso 135

Bibliografia consultada 137

Anexo: Instrumento para monitoramento e Avaliação do Curso 141

Apresentação

A implementação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas necessita articulação e apoio mútuo de diferentes setores e instâncias da sociedade. Partindo desta premissa, a estratégia de formação continuada que aqui se apresenta pretende contribuir para uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores da educação, da saúde, de outras instituições públicas e de organizações da sociedade civil cujas ações repercutem na redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis e à aids (DST/aids).

Com o objetivo de fomentar a incorporação da cultura da prevenção à atuação profissional cotidiana, este guia orienta a construção de um conhecimento compartilhado na equipe pedagógica que favorece a inclusão desses conteúdos no projeto educativo.

O Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) representa um marco na integração saúde-educação e privilegia a escola como espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, mediante a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde.

A abrangência e complexidade dos desafios a serem enfrentados apontam para um novo caminho: o da articulação de políticas para valorizar as contribuições setoriais possíveis e necessárias, assim como a participação da sociedade civil, de forma que este amálgama de capacidades, recursos e responsabilidades possa produzir transformações mais efetivas nas condições geradoras de vulnerabilidade das populações jovens.

O fortalecimento e a valorização das práticas no campo da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e da prevenção das DST/HIV/aids realizadas ao longo desses vinte anos de enfrentamento da epidemia da aids será fundamental para configuração do projeto em cada Estado e Município. O êxito das ações e a consolidação de políticas públicas de prevenção e promoção à saúde nas escolas, em processo planejado e participativo, dependem do compromisso de gestores, profissionais de saúde e educação e da participação ativa dos estudantes e de toda comunidade escolar, resgatando-se a história e as singularidades da realidade local

Sendo assim, parte-se do pressuposto de que esta iniciativa poderá cumprir diferentes funções, dependendo das realidades estaduais e municipais. Em determinados contextos poderá representar um incentivo para desencadear novos processos de trabalho, com vistas à superação das iniciativas pontuais e à geração de projetos permanentes, inovadores e integrados. Nas situações em que já se pode contar com maior acúmulo de conhecimentos o projeto poderá trazer novas dimensões aos processos já desencadeados, contribuindo para a organicidade das ações.

Este guia foi concebido como uma ferramenta para incentivar, desencadear e alimentar processos de formação continuada de profissionais da educação e da saúde, tomando-se como referência as inúmeras experiências que já vêm sendo implementadas em todo o país. Espera-se que cada experiência de implementação - dessa e de outras propostas de formação continuada em serviço, ajude a enriquecer e aprimorar esta rica trajetória. Cada experiência bem sucedida poderá gerar novas concepções e novos materiais que venham a refletir as aprendizagens acumuladas.

Colaboradores

Cristina Alvim Castelo Branco (Ministério da Saúde - Programa Nacional de DST/Aids
Francisco Potiguara (Ministério da Educação)
Sandra Pagel (Ministério da Educação)
Maria de Fátima Simas Malheiro (Ministério da Educação)
Vânia Barbosa (Ministério da Educação)
Dalva de Oliveira (Ministério da Educação)
Mario Volpi (UNICEF)
Mariana Braga (UNESCO)
Cíntia Freitas (UNODC)
Márcia Lucas (Ministério da Saúde - Área Técnica de Saúde do Adolescente)
Thereza de Lamare (Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde do Adolescente)
Francisco Cordeiro (Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde Mental)
Teo Araújo (Programa Estadual de DST/Aids – São Paulo)
Kátia Souto (Ministério da Saúde – PN/DST/Aids)
Claudia Aratangy
José Roberto Simonetti ECOS – Comunicação em Sexualidade
Sylvia Cavasin ECOS – Comunicação em Sexualidade
Silvani Arruda ECOS – Comunicação em Sexualidade
Osmar de Paula Leite ECOS – Comunicação em Sexualidade
Vera Simonetti ECOS – Comunicação em Sexualidade

Colaboradores da ECOS no processo de elaboração da versão preliminar
Ana Rita de Paula
Esméria Freitas
Márcia Marinho de Lima
Marcos Antônio Ribeiro Braz
Maria da Penha Fabiano Lopes
Isabel Costa
Valéria Nanci Silva
Ângela Darcy
Cristiane Cruz
Magali Cabral

Revisão Final
Ângela Donini (Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN-DST/Aids)
Maria Adrião (Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN-DST/Aids)

Unidade de Prevenção
Ivo Brito

INTRODUÇÃO

A crença na objetividade, na neutralidade e na universalidade do saber científico que marcou a história no século XX está na base de nossas práticas educativas em saúde, usualmente voltadas para a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem estar de todos os indivíduos, independentemente de sua história de vida.

Essa visão gerou modelos educativos que visam convencer cada indivíduo a mudar seus comportamentos a partir de alertas sobre os riscos à saúde e de transmissão de informações técnico-científicas, deixando em segundo plano, ou desvalorizando, a sabedoria prática dos indivíduos e das comunidades, suas experiências prévias e sua situação social.

Incorporamos à nossa cultura a suposição de que comportamentos que não são orientados pelos padrões científicos são insuficientes, insalubres e inadequados, constituindo os chamados comportamentos de risco. Segundo essa forma de entender a questão, correr riscos é sinal de "ignorância, fraqueza, falta de interesse no cuidado de si" e a aprendizagem das formas "certas" de viver depende da transmissão de um conhecimento especializado para uma "população leiga", que precisa "desaprender" grande parte do aprendido no cotidiano da vida. (Meyer et al, no prelo)

Até hoje, permanece entre nós a idéia de que a "falta de saúde" é um problema que pode ser solucionado a partir de informações adequadas e/ou da vontade pessoal. Estamos vivendo uma corrida em busca de dinâmicas para estimular a participação em atividades e programas cujos objetivos continuam voltados para o ensino de comportamentos pré-definidos como saudáveis. Entretanto, diversos estudos sobre o impacto de programas de educação sexual voltados para adolescentes vêm mostrando que as estratégias de prevenção inspiradas nessa idéia não retardam a iniciação sexual, não aumentam o uso de métodos contraceptivos entre homens ou mulheres jovens, nem reduzem a gravidez na adolescência, objetivos freqüentes dos programas implantados. (DiCenso e Griffth 2002)

Estamos nos dando conta de que a informação científica, embora seja um direito, não é uma verdade que orienta escolhas racionais nem é suficiente para aumentar a liberdade de decisão das pessoas. Com certeza as formas de conduzir a vida podem ser beneficiadas pelo saber científico, mas é necessário que ele seja capaz de dialogar com o saber prático das pessoas e grupos, oferecendo elementos que possam fazer sentido no universo cultural e nos projetos de vida das pessoas envolvidas. Esse diálogo envolve o reconhecimento de que os conhecimentos sobre comportamentos considerados saudáveis são muitas vezes contraditórios e transitórios, não podendo ser encarados como verdades universais e permanentes.

É necessário, portanto, reavaliar as potencialidades e os limites da educação preventiva, questionando profundamente seus objetivos e buscando referenciais mais eficazes e éticos para realizar a prevenção e a educação em saúde. O conceito de vulnerabilidade e a estratégia da intersetorialidade são utilizados, neste curso, como ferramentas centrais para a abertura de novos caminhos.

Modelo de quadro esquemático do curso

UNIDADES	OFICINAS
Primeiras palavras (4 horas)	Amigo secreto
	Mitos ou realidade?
	Acordos para o trabalho em grupo
A busca de novos caminhos para prevenir DST/aids (8 horas)	O corpo tem alguém como recheio
	Identidade e estima
	Qual educação para qual saúde?
	Risco ou vulnerabilidade
	Avaliação da unidade
Relações de gênero (8 horas)	Identificando estereótipos
	A construção social dos gêneros
	Planejando atividades para o trabalho em grupos
	Avaliação da unidade
A sexualidade na vida humana (12 horas)	Re-visitando a adolescência
	A orientação sexual do desejo
	Homossexualidade na escola
	Violência e abuso sexual
	A sexualidade na vida das pessoas com deficiências
	Planejando atividades para o trabalho em grupos
	Avaliação da unidade
Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (8 horas)	Anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais
	Métodos contraceptivos
	Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
	Gravidez na adolescência
	Planejando atividades para o trabalho em grupos
Doenças sexualmente transmissíveis e aids (12 horas)	Sexualidade em tempos de aids
	Outras doenças sexualmente transmissíveis (além da aids)
	Aids e direitos
	Drogas psicoativas
	Redução de danos
	Discriminação x Solidariedade
	Planejando atividades para o trabalho em grupos
Planejamento de uma Ação Local Integrada (12 horas)	Escola / Serviço de Saúde / Família: a quem cabe a responsabilidade pela educação em sexualidade?
	Articulação saúde-educação
	Ação no território e intersetorialidade
	Avaliar o que? Quando? Como? Por que?
	Planejando uma Ação Local Integrada - Parte A
	Planejando uma Ação Local Integrada - Parte B
	Avaliação do curso

Este roteiro apresenta uma seqüência de oficinas planejadas em torno de situações e temas relacionados à saúde e à prevenção, na forma de um curso de formação continuada para profissionais de educação e de saúde.

Propõe-se a constituição de grupos com vinte a vinte e cinco participantes, contando com uma dupla de facilitadores (um profissional de saúde e um da educação) para organizar os conteúdos e estratégias de trabalho. O curso, a ser realizado de forma autônoma, em nível local, pressupõe que os facilitadores tenham conhecimento da proposta em sua íntegra e que possam atuar, não na qualidade de especialistas na temática, mas como orientadores do trabalho coletivo e guias na construção de novos conhecimentos compartilhados.

O curso está organizado em unidades.
As unidades são:

- Primeiras palavras;
- A busca de novos caminhos para prevenir as DST e a aids;
- Relações de gênero;
- A sexualidade na vida humana;
- Saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da aids;
- Planejamento de uma ação local integrada.

Cada uma das unidades está estruturada nos seguintes componentes:

Título e Introdução: apresentam o tema geral da unidade.
Finalidades: indicam o que se pretende alcançar com a realização das oficinas sugeridas na unidade, oferecendo aos facilitadores um fio condutor para o planejamento, as adaptações locais e a avaliação crítica.
Tempo de duração: corresponde a uma estimativa da carga horária necessária para o desenvolvimento da unidade.
Oficinas: estratégias para a organização dos trabalhos em grupo. Para cada oficina estão indicados: título, objetivos, tempo de duração, material necessário e orientações para a atuação dos facilitadores.

Como forma de trabalho, sugere-se a organização de grupos compostos por: (a) professores e demais trabalhadores da educação (gestores, diretores, coordenadores pedagógicos, dentre outros); (b) profissionais de saúde que desenvolvem atividades no nível local; (c) profissionais com diferentes inserções em instituições e organizações da sociedade civil que atuam no mesmo território. Os critérios para a composição dos grupos deverão ser estabelecidos no nível local, tomando-se em conta as instituições que atuam junto à população adolescente e jovem e cujas ações repercutem sobre sua vulnerabilidade às DST e à aids.

A participação de técnicos da rede local de saúde em cada um dos grupos visa fortalecer os vínculos entre a escola e os serviços de referência em seu território. Nesse sentido, os grupos poderão contar com membros das equipes do Programa de Saúde da Família ou do Programa Agentes Comunitários de Saúde, assim como com técnicos das áreas de Saúde do Adolescente e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da aids. Essas alternativas deverão ser consideradas caso a caso, dependendo da

estrutura do SUS no nível local. O envolvimento de profissionais da área da saúde não pressupõe, entretanto, uma participação enquanto especialistas nas temáticas abordadas no curso, mas sim estruturada com vistas a gerar oportunidades para a aprendizagem compartilhada e a busca conjunta de estratégias para a concretização e/ou o aprofundamento de políticas, programas e projetos intersetoriais.

Nesse mesmo sentido, propõe-se a inclusão de outros atores sociais, como membros do Conselho Local de Saúde, participantes de Organizações não Governamentais; representantes de Universidades, em especial daquelas já integradas a outros projetos de formação continuada em serviço.

O curso está estruturado em seqüências de oficinas que podem ser agrupadas em 16 blocos de quatro horas de duração, prevendo-se um intervalo de 20 minutos em cada período.

As experiências de testagem deste roteiro levam a crer que um cronograma de encontros semanais, com um total de oito horas de trabalho, gera o melhor nível de integração do grupo, envolvimento dos participantes e aprofundamento dos temas. Encontros em dias seqüenciais revelaram-se exaustivos em função do volume de informações e da intensidade da mobilização de sentimentos e do debate de novas idéias. Além disso, o intervalo semanal gera a oportunidade de "diálogo" entre as experiências do curso e a atuação profissional cotidiana. Por outro lado, cronogramas com intervalos maiores do que uma semana entre os encontros podem gerar quebra de continuidade, exigindo o resgate das experiências e aprendizagens anteriores. Esta observação é aqui apresentada apenas a título de subsídio para o planejamento local, na medida em que o cronograma e a duração dos encontros dos grupos deverão ser definidos a partir das condições e critérios definidos em cada realidade.

A formação continuada aqui proposta é entendida como um curso de aperfeiçoamento, cuja conclusão deve ser certificada pelos órgãos responsáveis por sua realização. Sua realização deve ser prevista como parte da carga horária de trabalho dos profissionais envolvidos, na medida em que se destina a produzir repercussões em suas práticas de trabalho, assim como em sua progressão na carreira.

RESUMIDAMENTE, A REALIZAÇÃO DO CURSO REQUER:

- Adesão conjunta por parte do sistema local de ensino e do sistema de saúde ou, no caso de participação de escolas isoladas, adesão conjunta da(s) escola(s) e serviços de saúde de referência no território;
- Implantação autônoma, no nível local, mediante o fornecimento deste guia, dos materiais de apoio para o desenvolvimento do curso, assim como de suporte dos grupos gestores do SPE nos âmbitos federal, estadual e municipal, para a capacitação inicial de facilitadores e o monitoramento do curso;
- Conhecimento, por parte dos integrantes de cada grupo, das linhas gerais da proposta e da metodologia;
- Planejamento prévio dos horários de trabalho e organização da infra-estrutura para a realização do curso;
- Preparação dos facilitadores de grupo, para que possam atuar em duplas compostas por um profissional de saúde e um da educação;
- Composição intersetorial dos grupos, incluindo, no mínimo, profissionais das áreas de educação e de saúde.

Orientações iniciais para facilitadores de grupos

O processo de trabalho prevê a realização de um conjunto de oficinas com objetivos diversos e complementares: construção de conceitos, reflexão sobre a prática e a postura profissional diante das questões abordadas, aplicação de conhecimentos ou, ainda, o debate de idéias e posições sobre assuntos polêmicos.

A prevenção das DST/aids é um tema amplo, que envolve conhecimentos de diferentes áreas e diversas dimensões afetivas, éticas, socioculturais e de saúde. Nesse sentido, as questões abordadas neste curso representam um conjunto de tópicos inter-relacionados e a seqüência apresentada tem uma intencionalidade. Cabe reafirmar que o conhecimento prévio da proposta e do conjunto do material, por parte dos facilitadores das oficinas, é um requisito imprescindível para a qualificação do trabalho coletivo.

É importante que os facilitadores e os demais participantes do grupo mantenham registros sistemáticos de todas as etapas do trabalho, com vistas a qualificar os processos de avaliação do curso e das aprendizagens. As anotações poderão ser úteis, igualmente, para o planejamento e realização de ações pedagógicas futuras.

A seguir, alguns esclarecimentos importantes para o facilitador de grupos.

• As oficinas propostas estão planejadas para uma formação profissional dos participantes, embora diversas estratégias possam ser utilizadas ou adaptadas para o trabalho com grupos de adolescentes e jovens. Os profissionais são assim encarados como sujeitos de um processo de construção de novos conhecimentos e não como intermediários na transmissão de saberes pré-estabelecidos;
• A organização do roteiro na forma de oficinas autônomas traz uma alternativa prática de viabilização do conjunto do curso, mas não se pretende sugerir que cada um dos conteúdos possa ou deva ser tratado isoladamente ou de forma pontual. A articulação dos conhecimentos sobre vulnerabilidade, corpo humano, afetividade e relações de gênero constitui a base para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da aids;
• A pretensão do curso não é formar especialistas em sexualidade ou DST/ aids mas produzir repercussões na formulação de ações e projetos, assim como na prática direta junto a adolescentes e jovens, no cotidiano de atuação dos profissionais envolvidos;
Vale reafirmar que, na proposta aqui apresentada, não cabe aos facilitadores a posição de especialistas no conjunto dos temas abordados. Suas falas não podem ser uma exibição de erudição que sacrifique a clareza e o clima de proximidade, respeito e aprendizagem compartilhada. O caminho sugerido visa gerar oportunidades para a construção coletiva de novos conhecimentos a partir das experiências prévias e da interação do grupo. Em muitas situações, a capacidade de formular novas perguntas poderá ser a aprendizagem mais relevante do processo. Apenas eventualmente, para
a abordagem de temas específicos, como anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais, é sugerida a participação de um especialista que possa esclarecer dúvidas e responder às perguntas levantadas;
• A partir de um levantamento inicial de conhecimentos, sugestões e expectativas de aprendizagem, o facilitador poderá incluir objetivos, atividades e textos provenientes de outras fontes, sem restringir o processo ao roteiro aqui apresentado.

• É importante reunir e organizar previamente materiais para consulta que possam estar à mão nos momentos de trabalho em grupo. Podem ser incluídos: livros, textos, folhetos, dados e fontes de referências sobre a realidade local, materiais produzidos pelas instituições envolvidas do curso, informações coletadas em pesquisas realizadas na internet;
• Para o detalhamento das diversas oficinas sugere-se a consulta e análise dos referenciais curriculares adotados pelo Sistema de Ensino e/ou pela escola, visando estimular o estabelecimento de conexões entre os temas discutidos no curso e o projeto político-pedagógico. Para isso, é importante que os facilitadores conheçam estes referenciais e selecionem, previamente, trechos que abordam os temas a serem trabalhados.

SOBRE O ENCAMINHAMENTO COTIDIANO DO TRABALHO EM GRUPOS

- A proposta de realização do trabalho em duplas de facilitadores decorreu da experiência piloto de utilização deste roteiro. Esta parceria permite o revezamento nas atividades de orientação geral das oficinas, apoio logístico durante o desenvolvimento do trabalho e maior acompanhamento dos subgrupos. Além da agilização das atividades, a atuação em duplas facilita a tomada de decisão e o apoio mútuo nos momentos em que é preciso avaliar o andamento dos trabalhos, corrigir rumos, trazer diferentes pontos de vista para o debate;
- Propõe-se, em muitas oficinas, a formação de subgrupos para realização de parte das atividades. É importante estabelecer, junto com o grupo, uma combinação de critérios para evitar a formação de "panelinhas". Ex: rodízio permanente, composição mista saúde-educação, distribuição de professores de diferentes disciplinas e profissionais de diferentes áreas de atuação;
- A maior parte das oficinas propostas inclui a leitura de textos de apoio. A elaboração prévia de um glossário de termos e expressões que aparecem nos textos de introdução das unidades e nos textos de apoio às oficinas poderá ser um recurso útil para a facilitação dos trabalhos em grupo;
- O recurso à dramatização é utilizado em algumas oficinas e pode ser adequado e pertinente. Mas isso requer alguns cuidados, pois podem ser mobilizados sentimentos e emoções difíceis de lidar. Além disso, as "dinâmicas" não podem ser utilizadas como se constituíssem a própria metodologia ou como se pudessem substituir o trabalho com conceitos. É importante que a análise dessa questão venha à tona durante o desenvolvimento do curso;
- Na maioria dos grupos observa-se que algumas pessoas são mais falantes e outras mais caladas. Assim é necessário ter à mão um rol de estratégias para incentivar a expressão de cada um dos participantes de forma respeitosa;
- Às vezes um tema mobiliza o grupo, ainda que não seja o objeto principal da oficina em curso. Nessas situações pode ser mais produtivo acolher o interesse do grupo e, inclusive, adiantar uma atividade prevista para encontros futuros;
- Os receios quanto à abordagem de temas relacionados à sexualidade não é gratuito, pois ela envolve aspectos subjetivos, o reconhecimento da diversidade nos desejos e comportamentos e a necessidade de questionamento de preconceitos e valores. O respeito aos processos individuais de aprendizagem precisa estar presente em todas as fases do trabalho;
- O registro sistemático da experiência do facilitador na preparação dos encontros, no desenvolvimento das oficinas e ao final de cada dia de trabalho é importante para o aprimoramento do curso. Sua experiência será valiosa para que todos possam continuar aprendendo.

UNIDADE 1
PRIMEIRAS PALAVRAS

PRIMEIRAS PALAVRAS

As oficinas da primeira unidade do roteiro propõem o estabelecimento de acordos para o trabalho em grupo, a identificação e o debate das expectativas dos participantes com relação ao curso.

Esse momento marca o início do trabalho, justificando a necessidade de apresentação dos participantes e da proposta do curso, assim como o estabelecimento de acordos para orientar a convivência no grupo .

Muitos participantes poderão estar receosos quanto à abordagem da sexualidade ou inseguros quanto à sua própria competência para tratar de assuntos complexos e muitas vezes polêmicos. Assim, além de checar se todos tiveram acesso às informações gerais sobre o curso e apresentar os esclarecimentos necessários, é preciso favorecer o estabelecimento de um clima propício ao convívio e à participação, de forma que todos possam ser ouvidos e respeitados.

É importante levantar as expectativas do grupo, pois elas permitem identificar conhecimentos pré-existentes, interesses e prioridades. Do confronto entre as expectativas do grupo e a proposta apresentada vão emergir as possibilidades de adaptação e concretização do curso.
As oficinas sugeridas nesta unidade destinam-se a ajudar o facilitador a planejar esses primeiros momentos e contribuir para que os participantes do grupo sintam-se em um ambiente agradável e seguro e afirmem (ou reafirmem) um contrato de convivência que favoreça o aproveitamento da experiência compartilhada.

Finalidades

Promover o estabelecimento de um clima de trabalho acolhedor e produtivo para o desenvolvimento deste curso, mediante:

- o estabelecimento de acordos para o trabalho em grupo a partir da negociação entre os participantes (envolvendo a busca de consensos e, também, de acordos de convivência na diferença);
- a identificação e o debate das expectativas individuais e grupais em relação ao curso que se inicia, assim como o confronto dessas expectativas com a proposta de trabalho apresentada;
- o estabelecimento de conexões entre a prática profissional dos participantes e suas necessidades em termos de formação continuada.

Tempo de duração: ± 4 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1: Amigo secreto
Oficina 2: Mitos ou realidade?
Oficina 3: Acordos para o trabalho em grupo

Oficina 1 - Amigo Secreto

Objetivos

- Realizar uma apresentação individual e integrar os participantes ao grupo;
- Compartilhar expectativas com relação ao curso;
- Conhecer o programa planejado e propor adaptações em função da realidade local e das expectativas de aprendizagem do grupo.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: quadro esquemático do curso.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e pede aos participantes que formem duplas;
- Cada participante deverá se apresentar ao colega, contando: o nome pelo qual prefere ser chamado (primeiro nome, apelido, sobrenome), local de trabalho, funções que desempenha no trabalho e um tema que mais gostaria de aprender e/ou discutir durante o curso;
- Organiza-se um círculo e faz-se uma rodada de apresentações, na qual cada participante apresenta seu colega de dupla e sua principal expectativa de aprendizagem;
- Durante as apresentações, um dos facilitadores anota palavras-chave que reflitam as expectativas colocadas, para que possam ser consultadas durante o planejamento e a avaliação das atividades;
- O facilitador abre uma rodada para a livre expressão dos participantes sobre as expectativas colocadas;
- Como encerramento da oficina, apresenta um quadro esquemático do curso para os esclarecimentos que se fizerem necessários e para a identificação conjunta de possíveis reformulações em função das expectativas de aprendizagem e da realidade local.

Comentários

- É importante ficar atento para garantir uma distribuição mais ou menos eqüitativa do tempo entre os participantes.

Oficina 2 - Mitos ou realidade?

Objetivo

- Fazer uma primeira aproximação dos temas a serem abordados ao longo do curso.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: lista de afirmações e folha de recursos para o facilitador, fita adesiva, 3 cartazes com as palavras Concordo – Discordo – Tenho dúvidas.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o objetivo da oficina e distribui pela sala os cartazes, afixando-os nas paredes;
- Informa que vai ler um conjunto de afirmações e que, após a leitura de cada uma delas, os participantes deverão dirigir-se ao cartaz que expressa sua posição em relação à afirmação apresentada. O grupo deve escutar com atenção cada frase, que será lida duas vezes, para, só então, se movimentar;
- Após cada deslocamento, o facilitador pode apresentar algumas informações disponíveis na folha de recursos ou promover rápidas trocas de idéias sobre cada tema;
- Ao término desta etapa, o facilitador abre um debate utilizando-se de algumas referências, como:
- Os mitos estão relacionados com o grau de informação pessoal mas, principalmente, com a cultura e os valores predominantes na sociedade;
- Um dos principais objetivos do trabalho educativo no campo da sexualidade e prevenção de DST/aids é permitir que as pessoas possam questionar os mitos e preconceitos para ampliar sua liberdade na busca de novos conhecimentos, recursos de proteção e experiências de vida.

Texto de apoio

Afirmações

- O homem costuma ter várias parceiras porque sente mais desejo sexual do que a mulher.
- Uma pessoa pode ter uma doença sexualmente transmissível sem ter nenhuma dor ou problema aparente .
- Um homem com o pênis grande é sexualmente mais potente do que um homem com o pênis menor.
- O fornecimento de métodos contraceptivos para adolescentes requer a autorização de pais ou responsáveis.
- A masturbação pode causar doenças mentais.
- O uso da camisinha é importante no início de um relacionamento, quando os parceiros estão se conhecendo.
- Os adolescentes usam preservativo com menor freqüência do que os adultos porque muitos não estão atentos para a importância da prevenção da gravidez não planejada e das DST/aids.
- Uma mulher pode engravidar mesmo que o homem ejacule fora dela.
- Os grupos de risco para aids são os homossexuais, os drogados, os hemofílicos e as pessoas que têm diversos parceiros ou parceiras sexuais.
- Quando alguém se infecta com o vírus da aids- o HIV - começa a emagrecer e perder cabelo.
- A mulher pode saber exatamente o período do mês em que pode engravidar.
- Quase todas as vezes que adolescentes e jovens são abusados sexualmente, o crime é cometido por desconhecidos.

Folha de Recursos para o Facilitador

- A cultura e o papel social do homem na sociedade são os principais fatores que condicionam os comportamentos sexuais masculino e feminino considerados "normais" e não as suas características biológicas, como muitas vezes somos levados a crer.
- É possível ter doenças sexualmente transmissíveis sem sentir nada e sem apresentar sintomas por um longo período após a infecção. Para algumas doenças sexualmente transmissíveis, a ausência de sintomas costuma ser mais freqüente entre as mulheres.
- O tamanho do pênis não determina a capacidade de procriar ou o prazer do homem ou da mulher na relação sexual .
- Um(a) adolescente não necessita de autorização dos pais ou responsáveis para solicitar ou comprar métodos contraceptivos. É direito de adolescentes de ambos os sexos, também, a busca de orientação adequada para o uso de contraceptivos.
- A masturbação não causa doenças mentais, acne, nem faz crescer pêlos nas mãos ou no corpo.
- O fato de não conhecer o parceiro não é o principal motivo para usar camisinha. Para que ela funcione para evitar a gravidez, as doenças sexualmente transmissíveis e a aids, ela precisa ser usada em todas as relações sexuais, pois uma única relação pode bastar para a transmissão de doenças por via sexual. Hoje, ocorre com muita freqüência nos namoros e casamentos um pacto entre os casais de usar preservativo apenas se forem mantidas relações sexuais com outros parceiros. Mas, na vida real, pode ser mais difícil utilizar a prática do sexo seguro nas situações imprevistas do que nas relações estáveis. Atualmente, a infecção pelo HIV está aumentando, de forma desigual, entre mulheres que têm um único parceiro e que não se beneficiam da dupla proteção oferecida pelo preservativo (contra DST/aids e gravidez não desejada).
- O uso de preservativos é muito mais difundido entre adolescentes do que entre adultos. Além disso, cabe refletir sobre o planejamento da gestação. Será que a maioria das gestações que ocorrem entre pessoas adultas são planejadas?
- Pode. Ejaculações "nas coxas", próximas à entrada da vagina, podem levar à gravidez. O líquido expelido antes da ejaculação contém espermatozóides.
- O conceito de grupo de risco já foi abandonado. Além disso, os comportamentos que aumentam as chances de contrair a aids não podem ser compreendidos ou transformados sem considerar as condições de vida das pessoas e grupos sociais. A associação inicial da aids a grupos de risco ampliou o preconceito contra determinadas pessoas e grupos e, também, gerou a falsa idéia de que as pessoas que não pertenciam a esses grupos não corriam risco de infectar-se.
- Uma pessoa pode se contaminar com o HIV, tornando-se soropositiva, e não desenvolver a doença – aids – por vários anos. Nesses casos, a portadora ou portador do HIV, mesmo sem ter nenhum sintoma, pode transmitir o vírus se não fizer sexo seguro. Mesmo quando adoecem de aids, a medicação permite que as pessoas mantenham peso adequado e não apresentem queda de cabelo.
- Não é fácil saber com exatidão o período fértil de uma mulher. Existem formas de calcular esse período, mas para isto os ciclos precisam ser regulares, sendo necessário observá-los durante alguns meses, pois sempre há uma pequena variação. Além disso, mudanças no ritmo de vida, doenças, etc. podem alterar momentaneamente o ciclo ovulatório. Na adolescência é mais difícil determinar o período fértil porque é freqüente a irregularidade dos ciclos.

- A maior parte dos abusos sexuais de crianças e adolescentes é cometida por pessoas conhecidas das vítimas, muitas vezes os próprios familiares.

Adaptado de SERRÃO, Margarida e BALEEIRO, Maria Clarice.
Aprendendo a ser e a conviver.
São Paulo: FTD/ Fundação Odebrecht, 1999, pp. 209-212.

Comentários

- Poderão surgir novas questões para as quais o facilitador não tem resposta. Nesse caso não se deve ter receio de afirmar que será necessário procurar novas fontes de informação;
- O objetivo da oficina é a realização de uma primeira aproximação das questões a serem aprofundadas durante o desenvolvimento do curso e as respostas oferecidas como subsídio podem não dar conta de eliminar as dúvidas no grau de profundidade desejada.

Oficina 3 - Acordos para o trabalho em grupo

Objetivo

- Validar, coletivamente, os compromissos que devem nortear os encontros do grupo, visando favorecer a aprendizagem, o respeito às diferentes opiniões, a interação e a solidariedade entre os participantes.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: lousa e giz, folha de papel para cartaz, caneta de ponta grossa e fita adesiva.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o objetivo da oficina explicando que, habitualmente, no início de trabalhos em grupo no campo da sexualidade, é estabelecido um "contrato de convivência" entre os participantes;
- Pede a cada um dos participantes que reflita sobre as condições mais importantes para permitir que os encontros do grupo sejam produtivos, agradáveis e respeitosos;
- Faz-se uma rodada na qual cada participante sugere uma única condição que considera importante. As idéias são anotadas na lousa, evitando-se repetições sempre que a pessoa concordar que sua sugestão coincide com uma idéia já anotada. Nesta primeira rodada, é importante garantir a manifestação de cada um dos participantes;
- As sugestões apresentadas são debatidas, com o objetivo de chegar a uma lista pequena (a ser anotada em um cartaz). Durante o debate o facilitador procura sintetizar, na lousa, as idéias mais importantes e de consenso geral;
- Ao final do debate, faz-se um cartaz com o "contrato de convivência". O cartaz é guardado para que possa estar sempre disponível nos encontros futuros.

Comentários

- Alguns acordos costumam ser considerados os mais importantes para os trabalhos em grupos sobre esses temas:

- Evitar a concentração em questões pessoais, deixando claro que, eventualmente, necessidades pessoais não poderão ser trabalhadas ou atendidas;
- Respeitar o direito de diversidade de opiniões;
- Equilibrar a distribuição de tempo para as falas, de forma que todos possam participar;
- Combinar que as falas e os acontecimentos internos do grupo dizem respeito a seus participantes e não devem ser objeto de comentários fora do grupo. Entretanto, como não é possível contar com uma "garantia" de sigilo, é altamente desejável evitar a exposição pessoal excessiva.

- Os acordos não precisam pretender abranger todas as possíveis situações a serem vivenciadas, nem visam suprimir eventuais divergências e conflitos. Contribuem apenas para a delimitação de um horizonte comum e para o favorecimento de um clima de diálogo e respeito mútuo. Ao longo do tempo de trabalho conjunto a experiência poderá levar os participantes a identificar a necessidade de reformular ou flexibilizar os acordos inicialmente estabelecidos.

UNIDADE 2
A BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA PREVENIR DST/AIDS

A BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA PREVENIR DST/AIDS

Introdução

Por um longo período, que nos trouxe muitas lições, o foco principal da educação em saúde e da prevenção da aids esteve na mudança de comportamentos individuais, mediante a definição de "fatores de risco" que deveriam ser eliminados a partir de ações racionais, de responsabilidade de cada pessoa. Mas a experiência mostrou que os chamados "fatores de risco" não podem ser transformados isoladamente pois são parte de "um complexo único de múltiplas dimensões – biológica, social e cultural" (Carvalho 1996).

De fato, a revisão de experiências educativas realizadas em diferentes escolas e realidades permite constatar que programas focalizados em temas variados como drogas, inclusive álcool e tabaco, práticas sexuais desprotegidas, gravidez na adolescência, nutrição ou trânsito, são muito eficientes em aumentar conhecimentos, têm alguma eficiência em mudar atitudes e, com raras exceções, são ineficazes na mudança de práticas relacionadas à saúde (Bartlet 1981). Estes resultados nos alertam para a necessidade de questionar os objetivos da educação em saúde e mostram que é muito difícil vincular diretamente as atividades educativas planejadas aos comportamentos dos educandos já que inúmeros outros fatores compõem a experiência de vida das pessoas.

Inicialmente, a partir da identificação dos primeiros casos da doença, a aids foi associada aos homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Nesta ótica, as probabilidades de infecção pelo HIV eram estimadas a partir da presença de riscos individuais, decorrentes de comportamentos específicos. Entretanto, a demarcação dos chamados grupos de risco, além de produzir resultados técnicos muito restritos, contribuiu para a reafirmação de preconceitos e da discriminação social. Gerou-se, inclusive, a falsa idéia de que as pessoas que não pertenciam a tais grupos não estavam sujeitas à infecção, pois se encontravam do outro lado de determinada fronteira moral. Entretanto, a evolução da epidemia mostrou que:

- Ocorreu um crescimento significativo da infecção pelo HIV entre mulheres e, conseqüentemente, da transmissão vertical. A relação homem/mulher infectados que, em 1985, era próxima de 24/1, chegou a aproximadamente 1,5/1 no ano 2004. Entre pessoas de 13 a 18 anos a tendência inverteu-se: foram notificados 1,35 casos de aids entre mulheres para cada caso notificado em adolescente do sexo masculino;
- Estamos vivendo uma disseminação crescente da infecção pelo HIV entre a população de baixa renda e de menor acesso aos serviços públicos de saúde e educação, o que revela uma progressiva pauperização da epidemia;
- Entre os casos notificados de aids no período de 1980 a 2004, 15.2% são relativos a jovens menores de 24 anos. Considerando que o período de incubação do vírus pode estender-se por mais de 10 anos, conclui-se que a infecção ocorre, muitas vezes, durante a adolescência. (PN- DST/Aids, 2005)

Tornou-se indispensável superar o conceito de grupos de risco, tanto do ponto de vista ético quanto na perspectiva da eficiência no enfrentamento da epidemia. As ações de prevenção passaram a apoiar-se no conceito de vulnerabilidade social, que reflete a associação dos múltiplos componentes que condicionam as relações das pessoas e grupos sociais com o problema da aids e com os recursos para o seu enfrentamento.

O acompanhamento sistemático da dinâmica da epidemia tornou evidente que a vulnerabilidade ultrapassa a dimensão comportamental e que a idéia de risco individual deve ser extrapolada. É preciso considerar que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento resulta de um conjunto de aspectos individuais e coletivos, associados à suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, à maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção.

Aprendemos a importância de estabelecer metas compartilhadas para a ação política e não para o comportamento individual. Com esta perspectiva abrangente, a educação em saúde deixa de ser reduzida a estratégias de aliciamento a modelos "corretos e saudáveis" de comportamento. É entendida como uma oportunidade de transformação das relações interpessoais e das condições de vida que estão na base da formação dos comportamentos e, portanto, requer escolhas político-pedagógicas significativas para cada situação e coletividade.

A integração de ações e políticas públicas que possam ir além da superfície dos problemas requer o empenho em apreender, compreender e dialogar com múltiplos aspectos que modulam as crenças, os hábitos, os comportamentos e o estilo de vida dos indivíduos e grupos com os quais interagimos. E, finalmente, a resposta social que buscamos alcançar envolve a comunicação entre diferentes e não visa a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de laços de proteção.

Finalidades

- Propiciar condições para que os participantes possam reconhecer as dimensões afetivas e socioculturais dos conteúdos e estratégias do trabalho educativo relacionado ao conhecimento e ao cuidado do corpo humano;

Promover a valorização da dimensão afetiva dos contatos cotidianos com adolescentes e jovens;

- Oferecer elementos para o conhecimento e a utilização do referencial da vulnerabilidade aplicado à prevenção de DST/aids;
- Estimular a reflexão sobre as situações que tornam as pessoas mais vulneráveis às DST e à aids, reconhecendo as diferentes posturas educativas resultantes da adoção de conceitos de risco ou vulnerabilidade.

Tempo de duração: ± 8 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1 - O corpo tem alguém como recheio
Oficina 2 - Identidade e Estima
Oficina 3 - Qual educação para qual saúde?
Oficina 4 - Risco ou Vulnerabilidade
Oficina 5 - Avaliação da unidade

Oficina 1 - O corpo tem alguém como recheio

Objetivos

- Explorar o conceito de corpo, além de organismo biológico, e compreender a importância de valorizar as dimensões afetivas e sociais da educação e da atenção à saúde da população adolescente e jovem.

Tempo de duração: ± 1 hora e 20 minutos

Material necessário: lousa e giz, cópias do texto de apoio, folhas grandes ou rolo de papel pardo, canetas de ponta grossa, fita crepe, filipetas.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pede a dois voluntários (um homem e uma mulher) que se deitem sobre as folhas de papel, para que sejam feitos, pelos colegas, desenhos do contorno de seus corpos;
- Os cartazes com os contornos são colados na parede para que sejam incluídos, por todos os participantes, desenhos, símbolos ou palavras que representem detalhes da aparência externa e dos órgãos existentes no corpo do homem e da mulher;
- Ao final desta etapa, o facilitador distribui aos participantes as filipetas, para que sejam escritos, na forma de uma palavra ou frase curta, alguns sentimentos humanos considerados mais significativos;
- As filipetas são afixadas, pelos próprios participantes, na parte dos corpos consideradas mais ligadas aos sentimentos indicados;
- O facilitador procura sintetizar os resultados das colagens e abre-se um debate com vistas à identificação das expressões do grupo, lançando mão de algumas questões orientadoras:

- Houve mais facilidade para desenhar as partes do corpo feminino ou masculino?
- A inclusão de palavras e desenhos no corpo masculino e no feminino foi diferente?
- A localização dos sentimentos seguiu um certo padrão ou foi muito variada? Foi diferente para a figura do homem e para a figura da mulher?

- O facilitador organiza a leitura coletiva e discussão do texto de apoio, abrindo para esclarecimentos e discussão ao final de cada parágrafo ou sempre que necessário;
- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e coloca as seguintes questões:

- Com quais objetivos é realizado hoje o ensino do funcionamento do corpo humano nas instituições nas quais atuamos?
- As estratégias utilizadas favorecem o alcance desses objetivos e levam em conta as dimensões psicossociais do cuidado do corpo e da saúde?

Texto de apoio

Na educação escolar de muitas pessoas que hoje são profissionais da educação e da saúde, o estudo do corpo humano foi realizado por meio de comparações com uma máquina. Nas primeiras séries, eram estudadas as partes da máquina que podiam ser vistas. Nas séries mais adiantadas, o corpo ia ganhando um conjunto cada vez maior de órgãos e sistemas articulados numa engrenagem complicada e admirável!

O estudo da sexualidade era restrito à biologia, ou, fora da aula de ciências, à afirmação de regras morais. Seria esta uma maneira "científica" de aprender sobre esse corpo, que é nosso meio de conhecer e experimentar o mundo e por meio do qual vivemos e expressamos nossa sexualidade?

Na realidade, todo processo educativo inclui uma carga emocional e afetiva, que se expressa na seleção dos conteúdos e na forma como eles são ensinados. As pessoas, por sua vez, aprendem com seu próprio corpo, que pensa e sente. Mesmo sem perceber, incorporamos valores, preconceitos e ideologias às informações científicas relacionadas ao corpo e, em especial, às relacionadas à sexualidade.

A forma tradicional de abordar esses conteúdos, baseada apenas na informação sobre anatomia e fisiologia, leva a um distanciamento entre a aprendizagem escolar e a vida das pessoas em sociedade. Para aprender "para a vida" é necessário promover a compreensão e a valorização de corpos reais, de pessoas reais: com características biológicas, com história, cultura e também com atitudes, comportamentos, habilidades e limitações. Corpos de pessoas com valores, desejos e fantasias, que têm relação direta com as épocas e os lugares em que elas vivem e constroem suas relações.

Quando pensamos em cuidado do corpo, percebemos que a atuação dos profissionais de saúde também passou a ser fortemente baseada no tratamento de órgãos, sinais e sintomas. Muitos profissionais e serviços de saúde passaram a organizar suas práticas em torno de procedimentos que não tomam em conta as necessidades e características de seus "pacientes". Chegamos a uma situação na qual a humanização da assistência em saúde aos seres humanos tornou-se prioridade! Será que esta tendência é inevitável?

Equipe de elaboração do curso

Oficina 2 - Identidade e estima

Objetivos

- Fazer uma revisão do conceito de auto-estima;
- Reconhecer a importância das relações interpessoais que se estabelecem na escola, nos serviços de saúde e nas demais entidades e instituições que atuam junto a adolescentes e jovens;
- Considerar os processos de construção da auto-estima ao organizar situações educativas e prover atendimento a adolescentes e jovens.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: folhas de papel pequenas.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pede aos participantes que citem exemplos de situações em que usamos a expressão "auto-estima". Procura construir, junto com os participantes, uma definição inicial;

- Distribui uma folha de papel para cada um dos participantes, informando que, no exercício a ser realizado, a folha representa a estima de cada um. Esclarece, ainda, que lerá uma lista de situações que podem causar prejuízo à auto-estima. Cada vez que for lida uma frase, os participantes deverão rasgar um pedaço da folha de papel (guardando o pedaço rasgado), na mesma proporção em que a situação descrita afetaria sua estima;
- O facilitador lê as frases abaixo. "Imagine que aconteceu o seguinte":

- você se olhou no espelho e se achou horrível;
- seu chefe criticou publicamente o seu desempenho no trabalho;
- um grupo de colegas estava conversando quando você entrou. Você escutou só a seguinte frase: 'Mas naquele bairro.... (era o bairro onde você mora) só tem bandido e vagabundo!'
- você estava conversando, em família, sobre um problema que vocês estão enfrentando. Assim que você começou a falar, alguém disse que você não entendia nada mesmo, e era melhor nem dar opinião;
- um grupo de amigos íntimos não te convidou para um passeio que organizaram;
- você é descendente de ....(negros, índios, italianos?) e assistiu a um programa humorístico que ridicularizava as pessoas de sua origem étnica. Você virou alvo de piadas por um bom tempo;
- um(a) adolescente para quem você dá aulas ou acompanha na unidade de saúde abandonou a escola e você soube que ele(ela) está morando na rua;
- este mês, o dinheiro não deu."

- Ao final da leitura desses itens, pede aos participantes que reflitam, individualmente, sobre as seguintes questões:

- Todas essas situações afetariam sua estima? Por que?
- O que mais afetaria sua estima? Por que?

- Terminada essa fase, o facilitador informa que vai ler um novo conjunto de situações, para que os participantes recolham os pedaços de papel rasgados, na mesma medida em que a situação apresentada ajude a melhorar sua estima;
- O facilitador lê as frases abaixo. "Imagine que aconteceu o seguinte":

- no dia do seu aniversário, os seus amigos organizaram uma festa surpresa;
- você se preparou para uma festa e seu namorado/namorada ou marido/esposa disse que você estava muito bonito/a;
- imagine um melhoramento que você e seus vizinhos estão esperando há muito tempo no bairro onde vocês moram (novo sistema de iluminação, água, novo sistema de transporte, um parque de diversões, uma praça, um cinema, uma escola). Esse melhoramento vai ser inaugurado hoje!
- sua equipe de trabalho foi homenageada em função dos resultados positivos alcançados em um projeto que vocês implantaram em conjunto;
- você faz parte de um grupo (de música, coral, teatro, esporte). Vocês acabaram de ganhar o primeiro prêmio em um concurso;
- um jovem de quem você gosta muito acabou de ser aprovado no vestibular mais difícil da região;
- você recebeu um aumento de salário.

- Ao final da leitura desses itens, pede aos participantes que reflitam, individualmente, sobre as seguintes questões:

- O que mais contribuiu para a recuperação de sua estima?
- Você conseguiu recuperar toda a estima perdida na primeira parte do exercício?
- Você consegue imaginar outro evento ou situação que seria valioso para aumentar sua estima?

- Abre-se uma rodada de comentários sobre o exercício realizado;
- O facilitador pede aos participantes que procurem aplicar essa aprendizagem às suas realidades de trabalho, a partir das seguintes perguntas:

- Pensando em situações comuns em nosso trabalho, é possível identificar de que maneiras podemos estar contribuindo (mesmo sem querer ou notar) para rebaixar a estima de adolescentes e jovens no dia-a-dia de nossa atuação profissional?
- De que maneiras contribuímos para aumentar a estima de adolescentes e jovens no dia-a-dia de nossa atuação profissional? De que outras maneiras podemos contribuir?
- De que maneiras a nossa convivência com adolescentes e jovens influi na nossa estima?

- O facilitador retoma os conceitos inicialmente anotados na lousa e procura, em conjunto com o grupo, corrigi-los ou enriquecê-los. Para isso, o facilitador pode lançar mão do texto de apoio para leitura conjunta e suporte às discussões no grupo.

Texto de apoio

AUTO-ESTIMA

Auto-estima é uma expressão muito utilizada nos programas preventivos, freqüentemente com um sentido estritamente subjetivo e individual. Entretanto, a estima se constrói de forma dinâmica, numa relação direta com as relações interpessoais estabelecidas ao longo da vida. Ela corresponde a uma avaliação global que uma pessoa faz do seu valor e depende da distância entre aquilo que gostaria de ser, ou pensa que deveria ser, e aquilo que acha que é.

É influenciada pelos sentimentos de pertinência (na família, em outros grupos e na sociedade) e de apoio experimentados nas relações consideradas mais importantes. Sabemos, por exemplo, que as expectativas dos professores em relação aos diferentes alunos influenciam de forma muito significativa o seu desempenho. Por isso, algumas pessoas preferem falar em estima (em lugar de auto-estima) para evitar uma ênfase individualista, que está associada à visão de que o valor de cada pessoa depende de sua "força de vontade" para ser e agir independentemente de sua história, seu meio, sua cultura e suas condições de vida.

Nesse mesmo sentido, a identidade pessoal não é uma característica permanente, que só tem componentes "íntimos" ou subjetivos. É uma somatória de identidades de gênero, familiar, étnica, social, cultural, política, entre outros componentes interligados. A estima e a identidade estão sempre em processo de enriquecimento, pois se transformam com as experiências da vida já que o desenvolvimento de cada um dos sujeitos não acontece à margem da cultura e da sociedade à qual pertencem. A diferenciação, que acontece na construção da identidade pessoal e a socialização, que gera padrões de identidade social e cultural, são aspectos complementares de um mesmo processo.

Equipe de elaboração do curso

Oficina 3 - Qual educação para qual saúde?

Objetivo

- Fazer uma revisão crítica dos objetivos e estratégias da educação em saúde.

Tempo de duração: ± 1 hora e 20 minutos

Material necessário: cópias do texto de introdução deste roteiro.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pede aos participantes que, após um curto exercício de relaxamento, sentem-se, fechem os olhos, e voltem no tempo para lembrar uma cena: estão com 15 anos, em uma sala de aulas da escola onde estudam. O professor ou professora está dando uma aula sobre saúde. Após alguns minutos, o facilitador começa a sugerir alguns elementos para ajudar os participantes a construirem sua cena. Por exemplo:

- Qual é o tema da aula?
- Quem é o professor ou professora? Dá aulas de qual matéria?
- O conteúdo abordado está incluído em um livro didático? Qual?
- Como é a sala de aula?
- Com que roupa eu estou?
- Quem está sentado perto de mim?
- A aula está despertando meu interesse?
- Que reações estou tendo com a aula? E meus colegas?
- Estou achando que esta aula vai ser importante para minha vida? Por que?
- A aula terminou. Comento o assunto com meus colegas?
- Em caso positivo, quais são os comentários ?

- O facilitador pede aos participantes que registrem a cena na memória e que fechem a cena. Em seguida, pede a todos que voltem para o tempo presente, ano...., para esta sala (no lugar ...) onde estamos participando de uma oficina do curso "Saúde e Prevenção nas Escolas";
- Abre a roda para que os participantes que desejarem possam comentar e comparar as cenas lembradas, reservando cerca de 15 minutos para esta etapa;
- Ao final dessa rodada de comentários, informa que irá distribuir o texto de introdução do roteiro que apoia o desenvolvimento deste curso de formação continuada, para leitura e debate em pequenos grupos;
- Pede aos participantes que orientem seu debate pelas seguintes questões:

- A visão apresentada no texto corresponde às nossas experiências? Quais são as semelhanças e diferenças?
- A análise das experiências que tivemos e a discussão do texto podem nos ajudar a planejar nossas ações de educação em saúde e prevenção nos dias de hoje? Como?
- Abre-se uma roda para que um representante de cada grupo apresente os pontos principais do seu debate, realizando-se, como encerramento, uma conversação livre sobre a atividade realizada.

Comentários

- O exercício proposto nesta oficina baseia-se na construção de "cenas" para ajudar a explorar o contexto das questões que abordamos, com vistas a situá-las na vida real, identificando sentidos mais amplos que interferem em nossas relações de vulnerabilidade. A técnica é descrita em: Paiva V. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 249-69;
- O exercício de construir a cena é individual e as pessoas são livres para compartilhar – ou não – sua experiência. É importante, ao utilizar esta técnica, enfatizar os momentos de "fechar a cena" e "chamar" as pessoas de volta ao momento e à situação atual.

Oficina 4 - Risco ou vulnerabilidade

Objetivos

- Compreender e aplicar o conceito de vulnerabilidade, estabelecendo comparações com o conceito de risco;
- Perceber a ampliação do foco de trabalho resultante da aplicação do conceito de vulnerabilidade na prática educativa voltada para a promoção da saúde e a prevenção de DST/aids.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: lousa e giz, folhas de papel pequenas; uma caixa de papelão ou envelope; folhas de papel para a elaboração de cartazes e canetas de ponta grossa; cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

PARTE A

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina, entrega para cada participante um pedaço do papel e apresenta a seguinte tarefa: Cada participante deve descrever, resumidamente, uma situação na qual um(a) adolescente corre risco de infectar-se com alguma doença sexualmente transmissível;
- Os papéis, não identificados, são dobrados e colocados na caixa;
- O facilitador organiza a formação de quatro subgrupos;
- Cada grupo sorteia um papel e discute a situação descrita, aplicando a classificação indicada abaixo e justificando. Na opinião do grupo, a situação:

- Não oferece risco para a pessoa
- Oferece pouco risco para a pessoa
- Oferece risco médio para a pessoa
- Oferece grande risco para a pessoa

- Caso a situação ofereça algum risco, o que é possível fazer para evitá-lo? Listar as ações. As demais pessoas envolvidas na situação correm o mesmo risco?
- Cada situação, juntamente com as anotações consideradas mais relevantes na discussão realizada, deve ser registrada em um cartaz;

- Terminada a tarefa, o facilitador organiza a leitura coletiva do texto O que é vulnerabilidade, interompendo a cada parágrafo ou sempre que necessário, visando explorar as idéias apresentadas e tornar o conceito de vulnerabilidade claro para todos os participantes.

PARTE B

- O facilitador pede aos participantes que retomem as situações discutidas anteriormente e procurem listar, para cada situação, os componentes da vulnerabilidade pessoal, social e institucional às DST e aids que podem ser identificados. Esclarece aos participantes que poderá ser necessário explicar melhor a situação e enriquecer o contexto para que seja possível identificar o grau de vulnerabilidade, já que este conceito é mais amplo e vai muito além dos comportamentos individuais;
- Coloca para os subgrupos as seguintes questões:

- É necessário enriquecer a descrição da situação para identificar o grau de vulnerabilidade das pessoas envolvidas?
- O que pode contribuir para diminuir a vulnerabilidade da pessoa considerada às doenças sexualmente transmissíveis? Listar as idéias, na forma de ações.
- As demais pessoas envolvidas na situação têm o mesmo grau de vulnerabilidade?

- As respostas são anotadas em um novo cartaz, para que os subgrupos possam comparar os resultados obtidos, identificando semelhanças e diferenças encontradas nas abordagens de risco e de vulnerabilidade;
- Os pequenos grupos apresentam os cartazes elaborados nas duas fases da oficina e suas reflexões sobre a comparação realizada;
- Como encerramento, busca-se elaborar, coletivamente, uma resposta à seguinte questão: Em que sentidos o conceito de vulnerabilidade pode ampliar o foco e os objetivos de nossas ações preventivas?
- O facilitador registra as idéias apresentadas na lousa e recomenda aos participantes que anotem os pontos considerados mais importantes.

Texto de apoio

POR QUE A VULNERABILIDADE É UM CRITÉRIO PARA ORIENTAR AS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO?

A construção e a aplicação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco.

O conceito de risco é um instrumento para quantificar as possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de relações de causa-efeito entre a ocorrência de doenças e outros eventos e condições de vida. As estimativas de risco oferecem informações importantes sobre a distribuição de doenças. Por exemplo: é possível calcular o número de fumantes que desenvolvem algum tipo de câncer e o número de não fumantes que têm os mesmos tipos de câncer. A comparação entre os resultados permite concluir que as pessoas que fumam têm mais chances de ter câncer.

Por outro lado, esse conhecimento não é suficiente para orientar as práticas preventivas porque, para fazer cálculos que mostrem relações de causa-efeito, os fenômenos são

reduzidos a alguns de seus componentes que podem ser medidos isoladamente. Por meio desses recursos, o todo (ou o conjunto da situação de vida) é decomposto em partes que possam ser quantificadas. Entretanto, é preciso compreender a situação em seu conjunto, para encontrar as "pistas" para planejar e desenvolver ações preventivas que façam sentido para as pessoas e grupos, em sua realidade de vida. Por exemplo: as pessoas que têm pais diabéticos têm, estatisticamente, mais chances de desenvolver essa doença. Mas as suas condições de vida (acesso a informações, hábitos alimentares, renda) podem mudar essa possibilidade de forma muito significativa.

Vejamos outro exemplo: uma profissional do sexo, que sempre usa o preservativo, pode nunca ser infectada pelo HIV; por outro lado, uma mulher que mantém relações sexuais com um único parceiro, durante toda a sua vida, pode ser infectada por seu parceiro, caso ele tenha tido uma relação sexual com outra pessoa que tem a infecção.

Em resumo, não se trata de uma questão simplesmente matemática. Alguns comportamentos comuns entre adolescentes podem aumentar sua exposição a riscos mas, freqüentemente, são parte de uma atitude de resistência. Símbolos de resistência, como atitudes, hábitos e roupas, podem fortalecer a identidade do grupo e a solidariedade entre seus membros, uma situação na qual a resistência pode ser protetora e, simultaneamente, aumentar a chances de ocorrência de determinados problemas de saúde. Nesse caso, a tentativa de isolar um fator, digamos, o uso de determinada droga, e calcular os riscos associados sem tomar em conta os sentidos que o comportamento têm para aquele grupo, pode gerar dados estatísticos importantes, mas de pouca valia para orientar ações preventivas. Em alguns casos, as tentativas de mudar comportamentos dos adolescentes para alcançar objetivos definidos pelos profissionais de saúde, e sem tomar em conta sua situação de vida e seus valores, pode até aumentar a sua necessidade de resistência.

Hoje sabemos que nossa fragilidade – ou nossa capacidade de enfrentar os desafios – depende de um conjunto integrado de aspectos individuais, sociais e institucionais.
José Ricardo Ayres (2005) define a vulnerabilidade ao HIV e à aids como o conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição à infecção e adoecimento pelo HIV e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger de ambos. Por isso, os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como uma decorrência imediata da vontade pessoal. Estão relacionados às condições objetivas nas quais os comportamentos acontecem e ao efetivo poder que as pessoas e grupos sociais podem exercer para transformá-las. Vejamos algumas situações:
- Um adolescente está motivado para fazer sexo seguro, mas não consegue comprar camisinha, o que indica sua vulnerabilidade social;
- Uma pessoa viveu uma situação que a deixou preocupada com a aids, mas não sabe onde realizar um teste sigiloso e gratuito, o que mostra sua vulnerabilidade institucional;
- A maior vulnerabilidade social das mulheres está associada com a desigualdade nas relações: quantas jovens não conseguem negociar o uso da camisinha com seus parceiros?
- Uma adolescente está apaixonada e faz qualquer coisa para que o seu namorado fique com ela, até transa sem camisinha, mesmo sabendo que isso aumenta sua vulnerabilidade pessoal diante da aids.

Visando ampliar horizontes para construir ações preventivas que possam trazer a saúde - e a possibilidade de adoecer - para o campo da vida real, a vulnerabilidade ao HIV/ aids é analisada a partir de três eixos interligados: pessoal, institucional e social.

Vulnerabilidade pessoal

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transfusão sangüínea e transmissão vertical). Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação sobre o problema de que os indivíduos dispõem, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. O grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade precisa ser considerado, mas a mudança de comportamentos não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversos na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa "é vulnerável". Só é possível dizer que uma pessoa está (mais ou menos) vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.

Vulnerabilidade institucional ou programática

No plano institucional, a vulnerabilidade está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da aids. Pode ser avaliada a partir de aspectos como: a) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas e implantadas; c) integração dos programas e ações desenvolvidos nos diferentes setores como saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.; d) sintonia entre programas implantados e as aspirações da sociedade. Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento dos programas de prevenção e atenção à saúde, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer as instituições e a sociedade frente à epidemia.

Vulnerabilidade social

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociais, políticos e culturais combinados: acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais etc. A vulnerabilidade social pode ser entendida, portanto, como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão. Quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão, maior a vulnerabilidade dos cidadãos. Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de aspectos como: a) legislação em vigor e sua aplicação; b) situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes extratos sociais; c) qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso. Por exemplo: a situação da mulher na sociedade (menores salários, exposição a violências e restrições de exercício da cidadania) aumenta consideravelmente a vulnerabilidade social das mulheres frente à epidemia. Além disso, as desigualdades aumentam quando, além de pertencer ao sexo feminino, as pessoas pertencem à população negra.

Conclusões

Articulados entre si, esses três componentes permitem construir uma visão mais ampla dos problemas de saúde. O planejamento de programas e ações com base no conceito da vulnerabilidade só é uma ferramenta útil para a mudança das realidades de saúde se tomamos em conta que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar

vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas.

O conceito de vulnerabilidade busca relacionar os dados científicos a respeito do HIV e da aids às dimensões socioculturais e econômicas da epidemia para permitir a realização de um trabalho preventivo mais eficaz, mais humano e mais ético.

Texto elaborado a partir de consulta às seguintes fontes:
- Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. Interface – Comunicação, saúde, educação 2002; 6 (11): 11-24.
Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.
- Feliciano KVO, Ayres CMJ. Prevenção da aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. Revista Brasileira de Epidemiologia 2002; (suppl. especial / pôster 668): 297.
- Ayres CMJ. Exposição Oral. Seminário Vulnerabilidade e Prevenção. Rio Preto, novembro de 2005.

Comentários

- O mais provável – e esperado, é que seja necessário incluir, na descrição das situações, elementos para avaliar a vulnerabilidade, especialmente em seus componentes social e institucional. Quando fazemos uma descrição resumida de uma situação que envolve risco, conforme solicitado no início da oficina, geralmente tomamos em conta, principal ou exclusivamente, comportamentos individuais e não o conjunto da situação de vida, pois isso já faz parte de nossa cultura;
- É interessante que o facilitador, antes da realização da oficina, faça alguns exercícios de aplicação do conceito de vulnerabilidade a situações comuns em sua realidade. Isso poderá ajudá-lo a enriquecer o seu repertório para facilitar a análise das situações analisadas na oficina. Estão indicados a seguir alguns componentes da vulnerabilidade institucional à infecção pelo HIV e à aids que são observados freqüentemente em nossa realidade:

* Os adolescentes e jovens não têm poder aquisitivo para comprar preservativos e não conseguem obtê-los nos serviços de saúde;
* Não existe um programa específico para acolhimento desta população no serviço local de saúde;
* Os profissionais de saúde não estão preparados para atender e realizar atividades de prevenção com adolescentes e jovens;
* O currículo escolar, na forma como está estruturado, dificulta ou cria barreiras às atividades de prevenção;
* Muitos professores e/ou a direção das escolas não têm segurança, interesse ou motivação para participar das atividades e dos programas de prevenção;
* É muito difícil, na escola, concretizar a interdisciplinaridade e a transversalidade;
* Os programas/setores de cada serviço não se comunicam com outros programas/ setores do mesmo serviço;
* Os programas e ações implantados atingem um número muito pequeno de adolescentes e jovens;

* Quando tentamos articular diversos setores para a ação conjunta, as disputas de poder acabam emperrando o desenvolvimento do trabalho conjunto;
* As prioridades dos serviços e setores são muito diferentes e, às vezes contraditórias;
* Falta de pessoal, nos serviços, para desenvolver as atividades de prevenção;
* Falta de recursos materiais para desenvolver as atividades de prevenção.

Oficina 5 - Avaliação da unidade

Objetivos

- Aplicar o conceito de vulnerabilidade à realidade de trabalho dos participantes do grupo;
- Avaliar as oficinas, os conteúdos trabalhados na unidade e as aprendizagens realizadas.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: anotações dos participantes e do facilitador, cópias do texto de introdução dessa unidade, transparências mostrando o álbum Vulnerabilidade, folhas de papel para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina;
- Retoma as finalidades da unidade 2, deixando-as escritas na lousa;
- Organiza a leitura conjunta do texto de introdução da unidade, interrompendo ao final de cada parágrafo para discussão e anotação das idéias / dúvidas / questionamentos mais importantes;
- Após uma rodada final de comentários sobre o texto, o facilitador apresenta o álbum Adolescência / Vulnerabilidade. Informa que o material foi elaborado como parte de um projeto denominado Trance Essa Rede, coordenado pela ONG Grupo de Trabalho e Pesquisa em Orientação Sexual – GTPOS e financiado pelo Ministério da Saúde;
- Esclarece que conceito de vulnerabilidade vem sendo aplicado em muitos campos como defesa civil e proteção do meio ambiente. Alguns autores discutem, inclusive, a vulnerabilidade profissional dos professores;
- Propõe aos participantes a elaboração de um álbum da vulnerabilidade profissional das pessoas que trabalham com prevenção de DST/aids entre adolescentes e jovens (cada folha deverá indicar uma condição que dificulta o cumprimento dos objetivos e atividades profissionais relacionados à prevenção);
- Os participantes se organizam em duplas ou trios e o facilitador apresenta uma folha de capa para o álbum a ser elaborado, com o título: Em nosso trabalho de prevenção de DST/aids entre adolescentes e jovens, estamos vulneráveis quando...;
- Os pequenos grupos apresentam os seus cartazes, formando-se o álbum;
- O facilitador coloca, para todo o grupo, o desafio de buscar formas de ação e suporte mútuo para o enfrentamento das relações de vulnerabilidade apresentadas, abrindo uma roda de conversa;

- Para encerrar a oficina, o facilitador organiza uma avaliação coletiva da unidade, orientando os participantes que consultem as anotações realizadas durante os encontros. Pode-se tomar as seguintes questões como roteiro:

- A maneira como as oficinas foram desenvolvidas favoreceu um trabalho construtivo com os conteúdos propostos?
- As finalidades dessa unidade foram atingidas?
- Como as oficinas podem ser aprimoradas?
- O que mais gostariam de aprender sobre os conteúdos trabalhados?
- Quais os principais desafios a serem enfrentados para que possamos traduzir nossas aprendizagens em práticas?

Comentário

- Nos momentos destinados à avaliação desta e das demais unidades do curso, pode ser necessário usar estratégias criativas para garantir a palavra para todos os participantes. A oportunidade de expressar, sinteticamente, uma avaliação das aprendizagens, assim como críticas e sugestões, são aspectos relevantes no aprendizado proposto neste curso. A participação espontânea (não ordenada por regras rígidas, como obrigatoriedade de falar na seqüência em que as pessoas estão sentadas) tende a ser mais efetiva, mais agradável para todos e mais rica de significados. Mas, em geral, mostra-se necessário propor alguma regra para a distribuição do tempo (que poderá ser lúdica, do tipo passar um novelo de lã para quem quiser falar em seguida, até que todas as pessoas do grupo tenham se manifestado). Com o uso desses recursos, é possível manter o ritmo da comunicação e, ao mesmo tempo, deixar clara a importância da escuta e da manifestação de todos os membros do grupo.

UNIDADE 3
RELAÇÕES DE GÊNERO

RELAÇÕES DE GÊNERO

A gente não nasce mulher,
torna-se mulher.
Simone de Beauvoir, 1983.

Até pouco tempo atrás acreditava-se que o modo de vida dos homens e das mulheres fosse totalmente determinado por suas características biológicas havendo, portanto, um modo típico e diferenciado de pensar, sentir e agir para cada um dos sexos.

Quando falamos em sexo feminino ou masculino estamos nos referindo aos aspectos físicos, biológicos de macho e fêmea, àquelas diferenças biológicas que estão nos nossos corpos: as mulheres têm vagina e os homens têm pênis; depois de certa idade as mulheres começam a menstruar e os homens a ter ejaculação; os pelos se distribuem de modo diferente nos corpos de homens e mulheres. Sabemos ainda que a gravidez só acontece no corpo da mulher e que todas essas coisas são determinadas pelo sexo biológico.

Mas, o estudo das diferenças marcantes dos papéis sexuais nas diversas culturas e época históricas mostrou que o papel desempenhado pela biologia tem seu limite e que os comportamentos e as relações entre as pessoas estão associados, principalmente, às diferentes culturas humanas.

A organização da luta das mulheres contra as ideologias que as colocam na posição de seres humanos de categoria inferior marcou o século XX. Ocorreram grandes avanços no campo dos direitos civis e das relações humanas. Mas nas sociedades atuais ainda é possível constatar a presença de antigos valores e, em muitas delas, as mulheres ainda são tratadas como pertences da casa e dos homens (sejam pais, irmãos ou maridos) e chega-se ao extremo de praticar violências físicas, como a infibulação. Em nossa sociedade, o feminino e o masculino são considerados opostos e também complementares e, na maioria das vezes, o que é masculino tem mais valor, inclusive para muitas mulheres! A autoridade e o prestígio das pessoas é freqüentemente influenciada por seu sexo.

Como parte desse questionamento das relações de poder foi criado o conceito de gênero, para distinguir o sexo biológico do sexo social. Este conceito foi construído a partir do "raciocínio de que há machos e fêmeas na espécie humana, mas a maneira de ser homem e de ser mulher é realizada pela cultura". (Ciência Hoje na Escola, 2001). Ou, como dizia Freud, a biologia não define o destino dos seres humanos.

As relações de gênero não se apresentam sempre da mesma forma em todas as épocas e lugares. Dependem dos costumes, das leis, das religiões e da maneira de organizar a vida familiar e a vida política de cada povo. E não variam apenas de um povo para outro, há grandes diferenças entre as situações de vida das mulheres de uma mesma sociedade de acordo com sua classe social, etnia ou idade. Assim, o conceito de gênero se refere às relações entre mulheres e homens, mulheres e mulheres, homens e homens. Todas essas relações podem expressar várias desigualdades, fazendo com que alguns tenham mais poder do que outros e mais poder sobre os outros.

Algumas pesquisas recentes revelam que as diferenças biológicas entre homens e mulheres estão, de fato, associadas a bases genéticas para muitos comportamentos

que podem ser considerados característicos dos sexos feminino ou masculino. Mas na realidade, é muito difícil – talvez impossível - denominar alguma característica humana como completamente "natural".

A questão central, portanto, não é negar as diferenças entre os sexos, mas distinguir diferenças de desigualdades, para que se possa superar a opressão de alguns seres humanos por outros em nome das diferenças, sejam elas biológicas, étnicas ou sociais. As relações de gênero são socialmente construídas a partir da primeira infância e afetam a vida de todas as pessoas nos campos sexual, afetivo, profissional e social. Por isso, para prevenir DST e aids é importante entender como as relações de gênero acontecem na nossa cultura. Os profissionais da saúde e da educação desempenham um papel importante na aprendizagem de relações humanas apoiadas no respeito às diferenças e menos marcadas por desigualdade e discriminação, contribuindo para a valorização da dignidade de todos os seres humanos.

Finalidades

- Propiciar condições para que os participantes possam explorar as distinções entre sexo e gênero, reconhecendo as dimensões históricas e culturais desses conceitos;

Fomentar a reflexão sobre os estereótipos de gênero;

- Promover a reflexão e o debate sobre o papel da escola e dos serviços de saúde na promoção da equidade entre os gêneros;
- Propiciar condições para que os participantes possam identificar e reconhecer mensagens explícitas ou implícitas sobre os gêneros e sobre as relações de gênero, nas comunicações orais e escritas.

Tempo de duração: ± 8 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1 - Identificando estereótipos
Oficina 2 - A construção social dos gêneros
Oficina 3 - Planejando atividades para o trabalho em grupos
Oficina 4 - Avaliação da unidade

Oficina 1 - Identificando estereótipos

Objetivos

- Identificar e refletir acerca de estereótipos para o comportamento masculino e feminino;
- Compreender e debater o conceito de gênero;
- Trocar experiências e idéias sobre como enfrentar as desigualdades nas relações de gênero no cotidiano da atuação profissional.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: folhas de papel para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa, fita adesiva, lousa e giz; cópias do texto de introdução da unidade.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pede aos participantes que formem quatro grupos, dando a cada um deles a seguinte tarefa:

- Grupo 1: descrever o homem ideal, segundo a forma de pensar mais comum entre os homens
- Grupo 2: descrever o homem ideal, segundo a forma mais comum de pensar entre as mulheres
- Grupo 3: descrever a mulher ideal, segundo a forma de pensar mais comum entre os homens
- Grupo 4: descrever a mulher ideal, segundo a forma mais comum de pensar entre as mulheres

- Dependendo da composição do grupo, agrupam-se homens e mulheres para a realização da tarefa;
- Os subgrupos apresentam os resultados de seu trabalho e abre-se uma rodada para a livre expressão dos participantes, na qual o facilitador pode colocar algumas questões para fomentar o debate, entre elas:

- Cada participante se sente retratado ou retratada nas descrições de homem e de mulher apresentadas?
- Como podem ser explicadas as diferenças e semelhanças encontradas nas descrições dos quatro grupos?
- Podem ser lembradas obras de arte (músicas, filmes, poemas) que espelham diferentes imagens do masculino e do feminino?

- Ao término dos comentários sobre o exercício realizado, o facilitador apresenta os objetivos da oficina e distribui cópias do texto de introdução dessa unidade para leitura e discussão coletiva, interrompendo a cada parágrafo ou sempre que necessário;
- Propõe-se aos participantes que se reúnam em pequenos grupos para trocar experiências sobre as seguintes questões:

- A escola e os serviços de saúde reforçam as diferenças entre os sexos de forma preconceituosa? De que maneiras?
- Em quais aspectos a nossa atuação, no que diz respeito às relações de gênero, influencia a formação para a cidadania de adolescentes e jovens?
- Como é possível, no dia-a-dia de nosso trabalho, contribuir para a igualdade de gênero?

Oficina 2 - A construção social dos gêneros

Objetivos

- Reconhecer o processo de construção dos papéis sexuais dos homens e das mulheres nas sociedades;
- Obter recursos para a produção de novos discursos e novas formas de atuação no que diz respeito às relações de gênero.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: lousa, giz e cópias dos textos de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e propõe aos participantes que se dividam em dois grupos. O primeiro grupo deve listar as vantagens de ser homem (grupo 1) e, o segundo grupo, as vantagens de ser mulher (grupo 2);
- Quando o facilitador sentir que a discussão já está perdendo força, distribui os textos O mito da superioridade masculina (grupo 1), A luta da mulher por seus direitos (grupo 2) para uma leitura crítica e apresentação de um resumo, destacando os pontos em que concordam ou discordam da autora;
- O facilitador abre para a apresentação das conclusões e observações dos grupos.

Textos sugeridos na oficina

O MITO DA SUPERIORIDADE MASCULINA

O estereótipo masculino dominante no Ocidente exige que o homem negue suas próprias necessidades afetivas, pois a expressão de emoções é considerada sinal de fraqueza. Segundo esse estereótipo, o homem deve demonstrar auto-suficiência, independência e provar sua superioridade em relação aos outros, obtendo sucesso e poder. Homem que é homem deve exibir coragem, audácia, agressividade, mostrar-se mais forte que os outros, ainda que para isso faça uso da violência. Todos nós estamos familiarizados com a cena do menino que apanha na rua, volta machucado para casa e é estimulado pelo pai a revidar para recuperar a honra.

O homem que se submete aos comandos do estereótipo masculino é o supermacho que ainda hoje povoa a imaginação das massas. A imagem do caubói duro, solitário, viril e impassível, do Exterminador ou do Rambo, ainda povoa a imaginação de milhões de homens (e de mulheres) no mundo inteiro. (....)

Na verdade, esse estereótipo masculino é inacessível aos homens de carne e osso, o que provoca tensão entre o ideal coletivo e as possibilidades dos homens reais. A imagem mítica de sucesso, potência, controle e força acabam fazendo com que os homens tenham a sensação de que são incompletos, insuficientes. Tal sentimento é fonte de angústia e leva muitos homens a lutar, continuamente, para provar a própria superioridade, agredindo outros homens e, sobretudo, agredindo e humilhando as mulheres. Provar virilidade exige que o homem, com freqüência, manifeste brutalidade, explore as mulheres, tenha reações rápidas e agressivas.

O modelo de masculinidade dominante é prejudicial não só para as mulheres, mas também para os próprios homens, pois eles têm as mesmas necessidades psicológicas das mulheres: amar e ser amado, comunicar emoções e sentimentos, ser ativo e passivo. A proibição de satisfazer essas necessidades é prejudicial ao seu bem-estar físico, emocional e mental. O medo do fracasso e a necessidade de provar a masculinidade empurram os homens para comportamentos compensatórios potencialmente perigosos e destruidores: os homens tendem a assumir mais riscos que as mulheres (bebem mais, andam em motos e automóveis em alta velocidade, envolvem-se, com mais freqüência, em brigas e disputas violentas etc.). Também a obsessão de desempenho, a competição e o estresse que acompanham a vida profissional, aumentam a fragilidade dos homens.
Embora traga opressão e sofrimento aos homens, o mito da onipotência masculina proporciona-lhes também satisfações fantasiosas. Assim, o mito persiste, graças à cumplicidade dos próprios homens (e das mulheres) que são por ele oprimidos.

O mito da superioridade masculina. In: BALEEIRO, Maria Clarice et all. Sexualidade do Adolescente. Fundamentos para uma ação educativa. Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999, pp. 153-154.

A LUTA DA MULHER POR SEUS DIREITOS

O século XX tem sido marcado pelo reconhecimento dos direitos de grupos antes ignorados ou oprimidos (crianças, idosos, negros, mulheres, deficientes, homossexuais etc.). As transformações sociais e o surgimento de movimentos de defesa das minorias fizeram crescer a consciência das desigualdades e discriminações.

Coube aos movimentos feministas trazer para o espaço público a discussão das diferenças de poder entre os gêneros, questionar os seculares privilégios masculinos e reivindicar para as mulheres o direito de serem donas de si mesmas. A rebelião contra o papel do objeto sexual dos homens, o direito de decidir sobre a própria fertilidade e de ter acesso ao prazer sexual fazem parte da agenda desses movimentos. A partir deles, cresce a consciência de que a falta de eqüidade entre os gêneros, profundamente arraigada na sociedade, gera comportamentos considerados "naturais", que são obstáculos à concretização dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Na realidade, a luta das mulheres para alcançar autonomia está apenas começando. Na prática, a maioria das mulheres não consegue resistir às pressões dos seus parceiros: muitas mantêm relações sexuais desprotegidas por não conseguir negociar com os homens o uso da camisinha; aceitam engravidar para satisfazer seus companheiros, ainda que não desejem fazê-lo ou, inversamente, são pressionadas a evitar a gravidez, a interrompê-la e até mesmo a submeter-se à ligadura de trompas por imposição do homem ou por sua absoluta alienação frente às questões da anticoncepção.

Quanto ao prazer, sabemos que não raro as mulheres são obrigadas a manter relações sexuais que não desejam e que muitas têm dificuldades de experimentar o orgasmo. Os distúrbios do prazer e do desejo costumam estar relacionados à repressão, a sentimentos de culpa ou de baixa auto-estima. Muitas vezes, esses problemas são agravados pelas dificuldades de comunicação do casal e pela indiferença do homem ao que a mulher sente durante o ato sexual.

O modelo cultural de imposição do poder masculino não favorece a autonomia e o respeito das mulheres por si mesmas. Entretanto, não podemos conceber o homem como o vilão da história. Trata-se de uma realidade cultural que atinge a homens e mulheres e que as próprias mulheres contribuem para manter.

A luta da mulher por seus direitos. In: BALEEIRO, Maria Clarice et al. Sexualidade do Adolescente. Fundamentos para uma ação educativa. Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999, pp. 152-153.

Comentários

- Os textos poderão ser permutados entre os grupos ao final da oficina.

Oficina 3 - Planejando atividades para o trabalho em grupos

Objetivo

- Analisar algumas atividades propostas para o trabalho em grupos e sugerir novas atividades para utilização em sua realidade de trabalho.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: cópias das Atividades para o trabalho em grupos, lousa e giz, outros materiais que possam ficar disponíveis na sala para uso dos participantes na preparação e apresentação das atividades.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o objetivo da oficina e solicita aos participantes que formem quatro subgrupos;
- Distribui cópias de uma das Atividades para cada subgrupo, pedindo aos participantes que analisem as atividades segundo os seguintes critérios:
- A atividade é apropriada para o trabalho com nossos adolescentes e jovens?
- Que mudanças ou adaptações podem ser feitas?
- Em que situações seria indicada sua realização?
- Quais materiais de apoio e estratégias complementares poderiam ser agregados no planejamento da atividade?
- Quais objetivos podem ser definidos para essa atividade?
- Que critérios podem ser utilizados para a avaliação da atividade e das aprendizagens dos participantes?
- O grupo conhece ou pode criar outras atividades para trabalhar os mesmos conteúdos e/ou objetivos?
- Os subgrupos preparam uma apresentação de sua análise para todos, combinando-se previamente, com o grupo todo, o tempo que será destinado para o trabalho

em subgrupos e as apresentações. Os subgrupos apresentam as suas atividades, as adaptações realizadas, e as respostas que deram às perguntas. É importante incentivar os participantes a realizar apresentações livres e criativas, podendo incluir a própria realização da atividade proposta ou de parte dela. As apresentações não precisam ser descritivas, embora devam incluir indicações claras sobre as questões sugeridas;

- Abre-se a roda para a livre expressão dos participantes sobre a oficina realizada.

ATIVIDADES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

Atividade 1
– Questionando os mitos sobre os gêneros

- O coordenador pede que os participantes formem 4 grupos, sendo 2 de homens e 2 de mulheres e distribui 4 cartazes para preenchimento:

Grupo de Homens A	Grupo de Homens B
O que é ser homem?	O que é ser mulher?

Grupo de Mulheres A	Grupo de Mulheres B
O que é ser homem?	O que é ser mulher?

- Os grupos deverão responder escrevendo palavras ou frases curtas;
- Cada grupo apresenta o resultado do seu trabalho, justificando suas respostas;
- Ao final, o coordenador comenta com a turma as variações nas idéias sobre os gêneros em diferentes épocas e sociedades e promove um debate procurando explorar as possibilidades de construir identidades de gênero que superem preconceitos e estereótipos.

Atividade 2

- **Ester**eótipos e responsabilidades nos cuidados com a saúde sexual

- O coordenador reproduz os itens abaixo num quadro e pede que, individualmente, cada participante marque suas respostas escolhendo entre as alternativas: HOMENS, MULHERES OU AMBOS.
- Pensando nos cuidados com a saúde sexual, QUEM....

A) deve ir ao médico regularmente

B) deve ir ao médico quando sentir ou observar algo diferente no corpo

C) deve buscar informações sobre cuidados com o corpo para manter a saúde

D) deve se prevenir de abuso sexual

E) deve conhecer o funcionamento do aparelho reprodutivo do homem

F) deve conhecer o funcionamento do aparelho reprodutivo da mulher

G) deve planejar a gravidez

H) deve conhecer os métodos contraceptivos

I) deve escolher um método contraceptivo

J) deve usar um método contraceptivo regularmente

- Em seguida, os participantes rodam livremente pela sala comparando suas respostas com os colegas e verificando:

-se houve concordância ou não nas respostas e possíveis explicações para isso;

-quais os itens mais polêmicos, levando-os para debate com o grupo todo.

Atividade 3
Negociando o uso da camisinha

- O coordenador convida os participantes a se organizarem em duas filas, com o mesmo

número

de pessoas, de forma que uma fila fique de frente para a outra;

- Explica que farão uma experiência de negociação do uso da camisinha e que as pessoas de

uma fila farão o papel de meninas e, as da outra fila, farão o papel de meninos;

- Orienta o início da atividade, para que a primeira menina da fila A use algum argumento

para convencer o primeiro menino da fila B a usar (ou não usar) a camisinha. A conversa deve prosseguir, sempre entre uma pessoa de cada fila;

- Os participantes poderão trocar de papéis (entre meninos e meninas), depois da primeira

rodada, se o grupo desejar;

- A atividade é encerrada com uma roda de debate, na qual o coordenador coloca as seguinte

perguntas:

- Vocês tiveram dificuldades para argumentar, nessa negociação?
- Como foi, para vocês, fazer o papel de menina ou menino?
- As dificuldades e facilidades são as mesmas para meninas e meninos?

Atividade 4
– Comunicação e assertividade

- O coordenador distribui folhas de papel e pede a cada participante que escreva uma frase que começa assim: "Eu queria te dizer uma coisa muito importante que estou sentindo ....."
- Pede que escrevam livremente, sem identificar as folhas, que devem ser dobradas e colocadas em uma caixa;
- Quando todos tiverem terminado, as folhas são redistribuídas por sorteio. Cada participante lê a frase que recebeu;
- Pergunta aos participantes do grupo se acharam fácil de entender o sentimento que a pessoa escreveu;
- Depois da primeira rodada, pergunta se acham que é fácil comunicar aos outros os seus sentimentos e porquê.

Oficina 4 - Avaliação da unidade

Objetivo

- Avaliar as oficinas, os conteúdos trabalhados na unidade e as aprendizagens dos participantes.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: anotações dos participantes e do facilitador

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador retoma as finalidades da unidade e pede aos participantes que consultem suas anotações, avaliando aspectos como:
- A forma como as oficinas foram desenvolvidas favoreceu um trabalho construtivo com os conteúdos propostos?
- As finalidades apontadas para esta unidade são consideradas válidas e foram atendidas?
- As experiências realizadas nas oficinas podem ser úteis para promover a equidade entre os gêneros em nosso trabalho cotidiano?
- Abre-se uma roda para que seja feita uma avaliação coletiva.

UNIDADE 4
A SEXUALIDADE NA VIDA HUMANA

A SEXUALIDADE NA VIDA HUMANA

Introdução

Hoje em dia, as conversas sobre sexo e sexualidade são muito freqüentes nos meios de comunicação, nos papos entre os amigos, na família, na escola etc. Quando escutamos a palavra sexo, automaticamente pensamos em relação sexual, ato sexual, coito, orgasmo. Mas esta palavra pode ser usada com outros significados, bem diversos. Quando uma criança nasce perguntamos: "Qual é o sexo do bebê? É menino ou menina?" Este uso do termo está ligado às características biológicas de cada um e, nesse sentido, a palavra sexo diz respeito somente às características físicas ou anatômicas que distinguem o macho e a fêmea. Além disso, a vida sexual, entre os seres humanos, tem sentidos afetivos, sociais e culturais.

Por isso, a sexualidade não se restringe somente ao ato sexual e falar desse tema é falar da própria vida. Ela é o aspecto central de nossa personalidade, por meio da qual nos relacionamos com os outros, conseguimos amar, ter prazer e procriar" (Costa, 1994). Este conceito passou a ser usado a partir do século XIX para denominar o campo de força de nossos desejos, a motivação para a busca de prazer - físico, psíquico, social, intelectual – que acontece em todas as fases da vida humana. Envolve o sexo, o amor, o erotismo e a procriação, mas não se limita a estas formas de expressão. Diferente da atividade sexual animal, a sexualidade não é compreendida como resposta a um instinto mas como uma característica humana, organizada a partir do que Freud chamou de pulsão. A pulsão acontece no encontro entre o biológico, o psíquico e o cultural e por isso depende das vivências, da cultura e de infinitas variações pessoais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, o contato e a intimidade. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e tanto a saúde física como a mental. Se a saúde é um direito fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada um direito humano básico.

A partir desse conceito também podemos afirmar que a sexualidade envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas e nossa cultura, sendo construída desde o nascimento até a morte.

Apesar desse tema estar sendo tratado com mais naturalidade, a sociedade ainda o encara com muito preconceito e tabu, pois é difícil para muitas pessoas conversar sobre esses assuntos, especialmente com crianças e adolescentes. Se considerarmos que a sexualidade é inerente à vida humana, o ideal seria que esse tema fosse conversado abertamente para que as pessoas tenham maior consciência dos seus direitos sexuais e reprodutivos e exerçam sua sexualidade plenamente e de forma responsável.

Em todas as sociedades, as expressões da sexualidade são alvo de normas morais, religiosas ou científicas, que vão sendo interiorizadas pelas pessoas desde a infância e por isso podem ser interpretadas como "naturais". Entretanto, o contexto histórico e cultural determina, em grande medida, as expressões da sexualidade, pois as aprendizagens que realizamos nesse campo acontecem na medida em que vivemos nossos desejos e nossas relações, em determinado tempo e lugar. Como afirma Jurandir Freire Costa (1994), "cada sociedade inventa a sexualidade que pode inventar".

Finalidades

- Oferecer subsídios para o debate e a apropriação de conceitos relacionados à sexualidade;
- Estimular a identificação das dimensões biológicas, afetivas e socioculturais das expressões da sexualidade na vida pessoal e social;
- Fomentar o respeito à diversidade humana nas formas de expressão dos desejos sexuais;
- Propiciar a identificação de possibilidades e limites do trabalho educativo no campo da sexualidade.

Tempo de duração: ± 12 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1: Re-visitando a adolescência
Oficina 2: A orientação sexual do desejo
Oficina 3: Homossexualidade na escola
Oficina 4: Violência e abuso sexual
Oficina 5: A sexualidade na vida das pessoas com deficiências
Oficina 6: Planejando atividades para o trabalho em grupos
Oficina 7: Avaliação da unidade

Oficina 1 - Re-visitando a adolescência

Objetivos

• A partir de uma reflexão individual e do debate de um vídeo, ampliar a compreensão dos processos de transformação corporal, psicológica e social que ocorrem na puberdade e na adolescência;

• Identificar os preconceitos sobre a adolescência difundidos em nossa sociedade e seus impactos na comunicação entre gerações e na educação;

• Explorar as possibilidades de ampliar a comunicação entre profissionais de educação e saúde e adolescentes e jovens, preservando a intimidade das pessoas envolvidas.

Tempo de duração: ± 1 hora e 20 minutos

Material necessário: cópias do texto de apoio

Sugestão para o encaminhamento da oficina

• O facilitador apresenta o tema da oficina e solicita que, individualmente, os participante reflitam sobre suas experiências pessoais da puberdade e da adolescência, considerando algumas das seguintes questões, que são apresentadas paulatinamente:

- Qual a minha lembrança mais marcante da adolescência?
- Quais foram minhas maiores alegrias nessa fase da vida?
- Quais foram meus maiores temores e dificuldades?
- O que eu pensava sobre os adultos que me cercavam (pais e professores, profissionais desaúde, principalmente)?
- Que partes do meu corpo eu mais gostava nessa fase da vida?
- Que partes do meu corpo eu não gostava?
- O que eu mais gostava de fazer junto com as outras pessoas da minha idade?
- Eu tinha uma "turma"? Se sim, o que nos unia?

• O facilitador pede aos participantes que registrem suas lembranças;

• Em seguida o facilitador estimula o grupo a discutir como os adolescentes se comportam atualmente fazendo um paralelo com as sensações e experiências recordadas na fase anterior da atividade.;

• O facilitador questiona junto com os participantes em que medida essas reflexões são importantes para a realização de um trabalho educativo junto a adolescentes e jovens que considere a realidade local;

• Como encerramento da oficina, realiza-se a leitura conjunta do texto de apoio indicado a seguir.

* Você também pode abordar a vivência da sexualidade na adolescência utilizando o vídeo "Aninha do Beto", produzido pelo Programa Nacional de DST e Aids, Ministério da Saúde, 2004.

Comentário

•O cuidado com a privacidade e a forma de tratamento das recordações pessoais deve ser compreendido como um exercício de postura do educador;

- A publicação O Projeto Saúde na Escola: Texto de Apoio, indicada na bibliografia, aborda o tema da sexualidade na adolescência e pode ser consultada para apoiar o facilitador no desenvolvimento desta oficina;
- Nesta oficina, é importante trazer à tona os estereótipos ligados à adolescência, questionando expressões como "aborrescentes" e lembrando que vivemos adolescências muito diferentes conforme nossas condições de vida.

Texto de apoio

...ADOLESCÊNCIA

A adolescência tem sido aclamada, tem ocupado a agenda de profissionais das mais diversas áreas e está na ordem do dia da discussão de políticas públicas. Além disso, ocupa os noticiários dos meios de comunicação, em especial os horários e páginas policiais. A adolescência, este lugar construído historicamente que, atualmente, iguala as diferenças pretende tornar a todos um ser único: "adolescente é tudo igual, só muda de endereço", dizem os pais, professores, comunicólogos.

Espera-se que ao chegar na adolescência, a idade da contestação, toda sorte de dificuldades surja. Aquele menino passa a ser malcriado, a mentir, a não concordar com nada e aquela menina não aceita que a mãe escolha seus vestidos, fica ao telefone por horas, começa a ir mal na escola. Os pais passam toda a infância dos filhos esperando a adolescência chegar para, finalmente, poder amargar-se na dura missão de serem pais e mães dos famigerados adolescentes.

"Agora a preocupação é outra, eu não durmo enquanto meu filho não chega". Quanto mais difícil a relação, mais provas de amor os pais pensam que estão dando. Este conceito de adolescente revoltado, irresponsável e mal-humorado, está descrito nos livros e manuais de pedagogia, de psicologia e de medicina. O próprio conceito patologiza e faz a sociedade crer que o adolescente é problema e que portanto, precisa da paciência da sociedade, da escola e da família para esperar esta fase passar. (....)

Como os adultos, responsáveis pela formação das crianças e dos adolescentes, realizam este "treinamento" para transformá-los em "adolescentes-problema"? Que instrumentos sutis são utilizados para criar este adolescente que temos hoje? Como o mundo adulto - e aqui lembramos a família, os meios de comunicação e em especial a TV, a escola e todas as instituições adultas, responsáveis pela educação das crianças - define as etapas pelas quais o ser humano passa, assim como os padrões de convivência e a distribuição dos direitos e das responsabilidades para cada uma delas? (....)

Neste jogo de rótulos, a marca que se cria é de que os e as adolescentes não são capazes de cuidar de si mesmos, de criar, de pensar e de atuar como sujeitos construtores de sua história e da história de seu tempo. (...) De fato, são "o" problema.

Entretanto não são somente este e esta adolescente que estão presentes na sociedade. Existe adolescente responsável, participante, sensível, crítico, engajado, sonhador, perspicaz... adjetivos inexistentes nos manuais que até aqui rotularam todos aqueles que são o motivo deste artigo. Adolescentes que planejam, pesquisam, executam, avaliam os resultados, consertam, caminham para novas descobertas, aprendem a ouvir, a entrevistar, a reconhecer os empecilhos e limites, a buscar novas maneiras de agir, a argumentar, a ceder, a ousar, adolescentes que agem como cidadãos e cidadãs e que estão longe de representar um problema para a sociedade.

Esta possibilidade de se re-conhecer como cidadão e cidadã tem tido seu início no trabalho voluntário quando ele ou ela elege como sendo a maneira que encontrou para contribuir para que as injustiças sociais diminuam e a sua própria auto-imagem se transforme. Este ato de doar seu tempo, trabalho e talento para uma causa em que acredita já o e a torna diferente. (....)

Caminhando na contramão dos conceitos estagnados, inventados para categorizar, estamos nos dispondo a ouvir jovens para saber deles e delas o que a eles e a elas pertence, as identidades e as subjetivações que construíram rompendo com o que deles e delas foi esperado.

Portanto agora, neste texto, trazemos a fala de uma adolescente:
(....) Batalhamos para que cada vez mais adolescentes descubram o prazer de participar. Preocupa-nos ver que muitos adolescentes cumprem o lema com que foram educados: acreditam que são chatos, que são fúteis, que são insensíveis, alienados, aborrescentes e que só sabem contestar. Estes que são educados desde pequenos para tornarem-se este tipo de adolescente comportam-se de modo a fazer jus à expectativa, ou seja, tornam-se chatos(as), fúteis, insensíveis, alienados e enfim aborrescentes. Os adultos, bons mestres, os treinam para cumprir este legado e assim manter as relações de poder que tornam as coisas estáveis e previsíveis.(....)
A adolescência por uma adolescente (Ana Paula Cutolo, 17 anos, 3 série do Ensino médio, "Projeto Semente", Rio Claro, SP, abril de 2000)

Extraído do Relatório Final da Oficina: PARTICIPAÇÃO JUVENIL NO SUS – Brasília 15 a 18 de maio de 2005. Elaborado por Ricardo de Castro e Silva e Maria Teresa.

Oficina 2 - A orientação sexual do desejo

Objetivos

- Reconhecer e refletir sobre a diversidade humana quanto aos desejos e manifestações afetivo-sexuais;
- Identificar e questionar as manifestações de homofobia em nossa sociedade;
- Estabelecer diferenças entre a educação para a vivência prazerosa e responsável da sexualidade e a expectativa de influenciar a orientação sexual do desejo das pessoas.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: cópias dos textos de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador organiza a leitura coletiva do texto No país de Blowminsk;
- Ao final da leitura, abre-se a roda para comentários e respostas às perguntas colocadas no final do texto;
- O facilitador pode colocar algumas questões para alimentar o debate, entre elas:

- Vivemos situações semelhantes em nosso cotidiano, com os papéis invertidos?

- Que atitudes são mais comuns em nossa realidade, diante desse tipo de situação?
- As pessoas que vivem os seus desejos afetivos e sexuais de forma considerada fora do padrão tendem a ser excluídas?
- A escola e os serviços de saúde desempenham um papel importante no enfrentamento dessas situações? Poderiam representar?

• Terminada essa etapa, o facilitador distribui cópias do texto de apoio para leitura posterior e apresenta um resumo do texto, destacando os quatro pilares da sexualidade descritos pelo autor. Podem ser lidos, em conjunto, alguns parágrafos de texto previamente selecionados;

• O facilitador retoma os objetivos da oficina e abre-se uma roda para a livre expressão dos participantes.

Textos de apoio

NO PAÍS DE BLOWMINSK

Blowminsk é um país onde se proíbe o relacionamento afetivo e sexual entre pessoas do sexo oposto. O homem não pode sentir desejo, atração ou tesão nem amar romanticamente uma mulher. E a mulher também não pode sentir desejos afetivo-sexuais por um homem. Os bebês são gerados em provetas e inseminados artificialmente, dando opções maiores aos pais sobre as características que poderão desenvolver. Existem pessoas que tentam quebrar as regras de Blowminsk, relacionando-se com pessoas do sexo oposto ao seu, mas são excluídas da sociedade e vivem em guetos.

Ivan e Marina moravam em Blowminsk e freqüentavam a mesma escola. Um dia perceberam que algo estranho estava acontecendo entre eles. Tentaram disfarçar, mas foi inevitável que acabassem conversando sobre o desejo que estavam sentindo um pelo outro. Sentiram-se muito angustiados, porque perceberam que eram diferentes das outras pessoas, seus pais não aprovariam e talvez fossem até expulsos da escola. Marina e Ivan tentaram não deixar que a atração se transformasse em atitude. Mas uma tarde, voltando para casa, não resistiram e, depois de se esconderem atrás de algumas árvores em um parque, beijaram-se apaixonadamente. Eles estavam próximos ao colégio onde estudavam. Os amigos de Ivan, que estavam jogando ali perto, viram a cena e ficaram horrorizados. Xingaram Ivan de "hetero" sujo e deram-lhe alguns pontapés. A direção da escola ficou sabendo e imediatamente os expulsou da instituição, para que não contaminassem os outros alunos.

Os dois pais de Ivan mandaram-no embora de casa, indignados. Marina teve mais sorte. Foi encaminhada para um psicoterapeuta, que explicou à família que os sentimentos de Marina por Ivan não eram doença, nem opção. Esclareceu que ela era normal, igual às outras mulheres, e que a diferença estava em quem ela desejava para amar. (...) Mesmo assim, as duas mães de Marina pediram que ela não se relacionasse mais com alguém do sexo oposto ao seu. Marina, mesmo sabendo que era normal e igual às outras pessoas, sentiu-se indignada por haver sido rejeitada só porque amava diferente, enquanto os amigos que a haviam agredido não tinham sofrido qualquer repressão.

Ivan tentou se relacionar com outros meninos, cumprindo o que era esperado pela sua família e pelas normas e valores de Blowminsk. Resolveu não viver mais o seu desejo até que pudesse ser independente.

Marina continuou a procurar alguém que sentisse o mesmo que ela e amigos que respeitassem o seu desejo.

Questões
1. O que Marina e Ivan poderiam fazer para viver melhor no país onde moram?
2. O que Marina e Ivan poderiam fazer para viver melhor com seus pais e amigos?
(....)
3. O que você poderia fazer para que Ivan e Marina vivessem melhor?

"No país de Blowminsk". In: PICAZIO, Cláudio. Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998, pp. 36-37.

COMPOSIÇÃO DA SEXUALIDADE

A sexualidade é tão antiga quanto a natureza humana. As suas diversas formas de expressão também são antigas, e nem sempre sofreram as mesmas restrições de hoje. (....) A aceitação [desta diversidade] não implica mudança de nossos comportamentos ou sequer concordância com tudo o que acontece, mas o simples reconhecimento de que nossa cultura é vasta e diversificada. (...)

A sexualidade faz parte de todos nós. Cada um a vive conforme o seu prazer se manifesta. Sentimo-nos, muitas vezes, no direito de educar as pessoas à nossa volta de acordo com a nossa própria vivência, sem tomarmos conhecimento de outras verdades. Achamos, erroneamente, que controlamos a orientação do desejo sexual de nossos alunos e filhos, e tentamos exercer sobre eles um poder que não possuímos. Temos poder, mas apenas de ajudar o outro a compreender a sua sexualidade e facilitar o seu desenvolvimento da forma mais positiva. (....)

As expressões da sexualidade são tão variadas quanto as opiniões sobre um determinado filme, um local ou até uma comida. Buscamos normalidade em nossa sexualidade, mas não será mais normal sermos atravessados pela espontaneidade dos nossos sentimentos? A intolerância com que o mundo lida com as diversidades sexuais é diretamente proporcional à intolerância que reservamos aos nossos próprios desejos. (...)

O **sexo biológico** é o referencial inicial da construção da nossa identidade sexual. Se temos pênis, seremos considerados do grupo masculino e chamados de homem. Se temos vagina, seremos do grupo feminino e chamadas de mulher. A partir da diferenciação homem-mulher iremos receber do mundo um tratamento de acordo com os valores da sociedade, da escola, dos pais, dos amigos, que nos darão uma direção do que é ser masculino ou feminino. Não nascemos sabendo ser homem ou mulher, isso precisa ser aprendido (....).

Conforme crescemos, vamos nos identificando com atitudes, profissões, roupas, ídolos, independentemente de serem considerados masculinos ou femininos. Entretanto, vamos sendo encorajados pela sociedade a abrir mão das escolhas que não são consideradas condizentes com o nosso sexo biológico. (...)

Apesar de basear-se no sexo biológico, a **identidade sexual** não é tão presa a ele assim. Existem pessoas que acreditam ser homem e mulher ao mesmo tempo, ou seja, têm uma identidade masculina e feminina acopladas, sendo denominadas travestis.

Existem ainda pessoas que têm uma identidade sexual oposta a seu sexo biológico, chamadas transexuais. A identidade sexual está muito mais vinculada à idéia de quem acreditamos ser. Ela é formada ao longo da vida através da imagem física, de como a pessoa é tratada e como ela se sente. (...)

Papéis sexuais podem ser definidos como comportamentos masculinos ou femininos dos indivíduos na sociedade. Como vimos, a identidade sexual, que é um sentimento interno, geralmente se manifesta em um comportamento externo, que denominamos papel social sexual. (...) Quem desempenha papéis sexuais diferentes dos habituais (...) muitas vezes é denominado homossexual. Uma mulher não é homossexual por jogar futebol, não importa quão "machona" ela pareça. Ela é homossexual apenas se deseja sexualmente uma outra mulher. Um marido que resolva ficar cuidando dos filhos e dos afazeres do lar estará contrariando um papel sexual do homem, mas isto, obviamente, não quer dizer que este homem seja homossexual. Não há correspondência entre os papéis sexuais que adquirimos e a nossa orientação afetiva sexual. (...)

A **orientação do desejo**, também chamada de orientação sexual, é o sentimento de atração direcionado a pessoas com quem desejamos nos relacionar amorosa e sexualmente. Esse talvez seja o conceito mais difícil de ser entendido, por que ele independe de uma escolha consciente ou de um aprendizado e, na literatura, não se encontram definições claras a respeito.

A orientação do desejo é a moradia dos nossos amores e desejos eróticos, nossas fantasias e paixões. É a orientação do desejo que indica a pessoa sexual (homem ou mulher) que nos atrai e, também, o seu tipo. Existem várias teorias sobre a formação da orientação do desejo sexual. O que se acredita é que uma junção de vários fatores psicológicos, genéticos e sociais determina a orientação de nossos desejos. O mais importante, porém, é termos claro que a atração pela pessoa amada não é uma opção. (...) Se há uma escolha, ela é inconsciente (....). Existem vários estudos que tentam mostrar a existência de uma configuração genética do DNA que determinaria a homo ou a heterossexualidade, mas ainda são estudos e nada há de certo. De qualquer modo, somos muito mais passivos do que pensamos em relação a quem vamos dirigir o nosso desejo. (....)

São estes **quatro pilares** que vão determinar em estrutura, forma e ação, a sexualidade de cada um. As inúmeras variações que podemos perceber entre estes quatro elementos propiciam diversidades de expressão da sexualidade. (....)
Talvez seja importante que as pessoas reflitam sobre seus posicionamentos. Será que são as pessoas quem têm de se moldar aos padrões tidos como "normais" da sociedade? Ou é a sociedade - nós mesmos - que deve aceitar a diversidade e mudar seus padrões?

Composição da sexualidade (trechos selecionados). In: PICAZIO, Cláudio. Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998, p.19-34.(grifos nossos)

Oficina 3 – Homossexualidade na escola

Objetivos

- Refletir criticamente sobre o tratamento dado a pessoas homossexuais na comunidade escolar e nos demais espaços de convivência social;
- Mobilizar-se para o respeito à diversidade sexual humana.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: cópias do texto de apoio

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e esclarece que será utilizado um texto no qual a expressão "orientação sexual" é usada no sentido de "objeto do desejo" ou atração sexual. Esta expressão também pode ser usada no sentido de educação sexual;
- Organiza a leitura conjunta do texto Homossexualidade, interrompendo sempre que seja solicitado algum esclarecimento ou seja colocada alguma questão em debate;
- Após a leitura e discussão do texto, o facilitador aborda, junto com os participantes, como a escola encara esta questão. Como encerramento da oficina, pede aos participantes que procurem sugerir diferentes formas de responder às questões relativas à orientação sexual do desejo que podem ser colocadas por adolescentes e jovens;

*Você também pode abordar a temática da homossexualidade utilizando o vídeo "Pra que time ele joga?", produzido pelo Programa Nacional de DST e Adis, Ministério da Saúde, 2003.

Texto de apoio

HOMOSSEXUALIDADE

Homossexual é a pessoa que sente desejos afetivos e sexuais pela pessoa do mesmo sexo. Tomando como referência os quatro pilares citados no texto da oficina anterior, concluímos que a orientação sexual pode ser o único aspecto que difere entre as pessoas homossexuais e heterossexuais. Mas muitas pessoas confundem orientação sexual com identidade de gênero ou com papel social. Entretanto, uma mulher que tem atração sexual por outras mulheres não necessariamente se comporta como homem. Ao mesmo tempo, um cabeleireiro ou um homem que não goste de futebol podem ser tanto hetero como homossexuais.

Não se sabe ao certo o que faz alguém se sentir atraído por pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo ou de ambos os sexos. Existem numerosos estudos e pesquisas nas áreas das ciências humanas e biológicas que tentam explicar esse fenômeno, porém não há nenhuma teoria conclusiva a esse respeito. Embora algumas pesquisas apontem um componente biológico na homossexualidade, não está comprovada a existência de um gene responsável pela orientação sexual.

Nenhuma pessoa nasce heterossexual ou homossexual: nascemos homem (sexo masculino-biológico) ou mulher (sexo feminino-biológico) e, em alguns casos mais raros, com os dois sexos (pessoas hermafroditas). No seu desenvolvimento, a criança aprende a se comportar de acordo com o que a sociedade – família, amigos, escola – espera de uma pessoa do seu sexo biológico. Dessa forma, a criança aprende sua identidade de gênero, isto é, ela passa a se identificar com o gênero masculino ou feminino, reproduzindo o comportamento de homens e mulheres que estão à sua volta.

Na Grécia antiga a homossexualidade era cultivada e era considerada como uma relação mais nobre se comparada com a relação entre homem e mulher. Esperava-se que um grego da alta sociedade se apaixonasse por um rapaz, mas que tivesse uma família e uma esposa com quem tivesse uma relação de natureza diferente, também regida pelas normas sociais. Com este exemplo podemos observar que o critério de aceitação das diferentes formas de sexualidade depende do contexto histórico/cultural em que vivemos.

Em nossa sociedade, não é fácil para uma pessoa admitir a sua homossexualidade. Perceber-se sentindo desejo por um igual, em uma sociedade onde isto ainda é visto, no mínimo, como inferioridade, é muito complicado. De repente, a pessoa sente coisas que provavelmente ela mesma condena nos outros. Suas impressões a respeito de si mesma, conjugadas ao preconceito vigente, levam a uma auto-desvalorização, fazendo com que se negue como pessoa e fuja de si mesma, às vezes atacando um outro homossexual para, assim, tentar distanciar-se do seu desejo.

Os/as homossexuais têm vontade de ter uma profissão, viver relações afetivas e sexuais, fazem planos, têm conflitos, como todo mundo. Porém, sofrem uma grande carga de discriminação por parte da sociedade, o que torna difícil poderem manifestar em público seu amor e afeto pelo/a parceiro/a. Além disso, sofrem muitas outras formas de violência, envolvendo familiares, vizinhos, colegas de trabalho ou de instituições públicas como a escola, o serviço de saúde, a justiça ou a polícia. A homofobia (aversão a homossexualidade) ainda é um dos principais preconceitos da nossa sociedade, e pode se manifestar através de um xingamento ou até mesmo de um espancamento. Pesquisas recentes nos mostram a violência cotidiana que muitos/as homossexuais enfrentam, que englobam a humilhação, a ofensa e a extorsão. (Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual, 2004).

A constituição do nosso país garante a igualdade de direitos, independente de classe social, raça, origem, sexo e orientação sexual. Contudo, na prática a discriminação das pessoas em função de suas diferenças é uma realidade. Segundo pesquisa da UNESCO realizada em 2004, cerca de um quarto dos estudantes ouvidos não gostariam de ter um colega de classe homossexual e, entre professores, a rejeição explícita à homossexualidade também apareceu, ainda que em grau menor.

Familiares, educadores, profissionais da saúde, justiça, enfim, a sociedade, precisa se comprometer com uma educação e serviços em que as formas de violência não façam parte do cotidiano de milhares de homossexuais. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é um instrumento legal que também defende a livre orientação sexual dos/as jovens – artigos 15, 17 e 18.

Muitas pessoas aconselham ou até forçam mulheres e homens homossexuais a experimentar relacionar-se com uma pessoa de sexo diferente do seu. Ninguém pede a um heterossexual que tenha relações com alguém do mesmo sexo para saber do que mais gosta. A homossexualidade não é uma opção, o que é muito importante de ser levado em conta. (...) Meninas e meninos homossexuais sentem o seu desejo da mesma forma espontânea que os heterossexuais, não havendo a escolha consciente que a palavra "opção" implica. Um homossexual não é um hetero frustrado. A frustração dos homossexuais pode residir no fato de não terem a mesma aprovação social que os heteros. Muitas pessoas heterossexuais deixam de ter amizade com homossexuais depois que isso fica revelado. Ficam indignadas com essa orientação sexual, como se o outro fosse culpado ou vitimado por ter esse desejo.

Há trinta anos a homossexualidade perdeu seu caráter de doença. Foi eliminada do código internacional de doenças (CID), e tentativas de "cura" foram publicamente repudiadas pelo Conselho Federal de Psicologia em 1999.

Elaborado mediante consulta às seguintes fontes:
- "Homossexualidade". In: PICAZIO,Cláudio. Sexo Secreto. Temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998, p. 30-33
- Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

Comentários

- A oficina busca gerar uma oportunidade para questionar os preconceitos e debatê-los, no sentido de promover a aprendizagem para conviver com a diversidade, respeitá-la e valorizá-la como uma característica humana. Mas o importante não é chegar a opiniões definitivas ou a consensos. As conclusões "rápidas" sobre o assunto podem ser declarações de princípios genéricas, que não refletem atitudes reais pois a homofobia é muito presente em nossa sociedade. Como acontece muitas vezes com a questão racial, podemos afirmar que "não temos preconceitos" embora eles se revelem em nossas atitudes e comportamentos cotidianos;
- No vídeo, a orientação sexual é apresentada como algo que se define na vida das pessoas, especialmente na adolescência, quando a pessoa se "descobre" como hetero, homo ou bissexual. Mas não existe uma opinião unânime de que esta orientação seja tão clara nem tão definitiva na vida das pessoas.

Oficina 4 - Violência e abuso sexual

Objetivos

- Identificar e discutir as principais questões relacionadas à violência e ao abuso sexual na infância e na adolescência;
- Refletir sobre as manifestações de violência e abuso sexual na realidade de atuação dos participantes;
- Ampliar conhecimentos sobre as formas de enfrentamento da violência e do abuso sexual na infância e na adolescência.

Tempo de duração: ± 1 hora e 20 minutos

Material necessário: cópias do texto de apoio, cartaz contendo o quadro sobre mitos e realidades do abuso sexual, caixa contendo papéis com os nomes de todos os participantes do grupo.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o tema da oficina e mostra o quadro Mitos e Realidades sobre o abuso sexual na forma de cartaz, apenas com a coluna dos mitos descoberta, sorteando, de uma caixa contendo os nomes de todos os participantes do grupo, um participante para comentar cada frase a partir das seguintes questões: você acha que isso é um mito? Por que? O que você acha que acontece na realidade?
- O facilitador vai apresentando, passo a passo, a segunda coluna;
- Ao final desta etapa, abre-se uma roda de debates sobre as situações conhecidas pelos participantes, em sua realidade de trabalho;
- Ao término desta fase, o facilitador solicita a formação de pequenos grupos e entrega os textos Abuso sexual para leitura e discussão, apresentando as seguintes questões:

- As informações do texto podem contribuir para a atuação dos participantes, diante dos casos de violência e abuso sexual?
- Considerando as experiências discutidas e o texto, é possível apresentar exemplos de atitudes e projetos de trabalho dos professores e profissionais de saúde que podem contribuir para a prevenção da violência e do abuso sexual?

- Abre-se uma roda para apresentação das conclusões dos subgrupos e as principais idéias são anotadas na lousa.

Comentários

- Eventualmente, experiências difíceis ou pessoais podem vir à tona. O facilitador precisa estar atento para evitar que as questões sejam abordadas de forma muito personalizada, buscando apoio no grupo para ampliar a discussão;
- É importante ressaltar que, mesmo assumindo suas responsabilidades e uma postura ativa de enfrentamento das violências sexuais, os profissionais da educação e da saúde precisam contar com outros recursos sociais e institucionais, especialmente destinados para este fim. Informações sobre a localização, o funcionamento e as formas de contato dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos são importantes para complementar esta oficina, com a indicação dos recursos disponíveis em cada localidade.

Texto de apoio

ABUSO SEXUAL

A violência contra crianças e adolescentes é sempre uma manifestação de abuso de poder do mais forte com relação ao mais fraco.
O abuso sexual é um assunto delicado e preocupante. Delicado, porque envolve crianças e adolescentes que são subjugados à força, seja ela moral ou física, e violados num dos aspectos mais íntimos e profundos da vida humana, que é a sexualidade. Preocupante porque, por envolver tabus sociais como o incesto, sua ocorrência é freqüentemente mantida num silêncio absoluto, dificultando que a pessoa vítima do abuso seja ajudada.

Por esses motivos, é fundamental que os profissionais que têm contato diário e próximo com crianças e adolescentes estejam atentos para este grave problema social e possam trabalhar no sentido de preveni-lo e identificá-lo e, também, saibam como orientar-se caso haja uma suspeita. Alguns artigos do Estatuto da Criança e do adolescente tratam desta questão:

No artigo 13: "Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais". (Título II - Dos Direitos Fundamentais/Capítulo I - Do Direito à Vida e à Saúde, pg 16)

No artigo 18: "É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor". (Capítulo II - Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, pg 18)

No artigo 70: É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente".(Título III – Da Prevenção Capítulo I - Disposições Gerais, pg 31)

(....)Considerando a obrigação ética e legal de notificar as autoridades competentes - o Conselho Tutelar da região ou, em sua falta, o Juizado da Infância e da Juventude, é necessário que os profissionais da saúde e da educação assumam a responsabilidade de dar algum encaminhamento à situação. É preciso considerar que as conseqüências da não notificação podem ser drásticas para uma criança ou adolescente. Fechar os olhos, por não saber como lidar com todas as implicações desta situação extremamente complexa, seria negligência e descumprimento da lei. O melhor, portanto, é preparar-se para tomar as atitudes mais apropriadas para cada caso, mantendo vínculo permanente com as organizações de proteção às crianças e adolescentes para buscar informações, apoio e referências sobre as atitudes a serem tomadas.
A prevenção é sempre o melhor caminho pois pode contribuir para evitar os casos de violência e alertar as crianças e adolescentes vítimas de abuso, de forma não personalizada, sobre as possíveis maneiras de agir.

Mitos e realidades sobre o abuso sexual	
MITOS	REALIDADES
O abusador sexual é um psicopata, um tarado que todos reconhecem na rua.	Na maioria das vezes, é pessoa aparentemente normal, querida pelas crianças e pelos adolescentes.
O estranho representa o perigo maior para crianças e adolescentes.	Os indivíduos que abusam sexualmente de crianças e adolescentes, na sua maioria, são familiares, amigos íntimos da família, ou pessoas de convívio próximo, em quem as crianças confiam. Esta proximidade dos agressores, assim como a posição indefesa da criança na família e na sociedade, torna mais fácil encobrir o crime e persuadir ou assustar a criança para que se mantenha calada.
O abuso sexual está associado a lesões corporais.	A violência física contra crianças e adolescentes molestados sexualmente não é o mais comum, e sim o uso de ameaças e/ou a conquista de confiança e afeto da criança. Em apenas 40% dos casos há evidências de violência física, muitas vezes associada ao ato sexual em si. Quando não há indícios físicos do abuso, sua identificação torna-se mais difícil. Com alguma freqüência, os profissionais da escola, em contato direto com a criança, conhecedores de seus hábitos e situação familiar, podem notar comportamentos que levam à suspeita de que estejam sendo vítimas de algum tipo de violência que perturba sua estabilidade emocional. Como existem muitos fatores que podem alterar o estado físico e emocional de uma criança ou adolescente, esta é uma situação delicada e difícil: por um lado, a criança ou adolescente que pode estar precisando desesperadamente de ajuda e proteção; por outro, uma família que pode ser colocada sob suspeita injustamente.
O abuso sexual, na maioria dos casos, ocorre longe da casa da criança ou do adolescente.	O abuso ocorre, com freqüência, dentro ou perto da casa da criança ou do abusador. As vítimas e os abusadores são, muitas vezes, do mesmo grupo étnico e nível socioeconômico.
O abuso sexual se limita ao estupro.	O abuso sexual ocorre quando uma criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, com base em uma relação de poder física, afetiva ou moral, que pode incluir, além do ato sexual: carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, "voyerismo", a pornografia e o exibicionismo.
A maioria dos casos é denunciada.	Estima-se que, na verdade, poucos casos são denunciados. Alguns fatores dificultam a denúncia do abuso sexual, entre eles, a descrença na possível solução, o constrangimento frente ao assunto, o constrangimento frente aos pais e familiares, a ameaça de um processo criminal envolvendo a família e o profissional como testemunha, o silêncio da própria criança ou adolescente. Quando há envolvimento de familiares, existe pouca probabilidade de que a vítima faça a denúncia, seja por motivos afetivos, seja por medo do abusador, de perder os pais, de ser expulso(a), de que outros membros da família não acreditem em sua história, ou ser causador(a) da discórdia familiar.
As vítimas de abuso sexual são oriundas de família de níveis social e econômico baixo.	Níveis de renda familiar e de educação não são indicadores do abuso. Famílias de classes média e alta podem ter condições melhores para encobrir o abuso, pois em geral as crianças são levadas para clínicas particulares, onde são atendidas por médicos da família e a situação é abafada com maior facilidade.
A criança mente e inventa que é molestada sexualmente.	Raramente a criança mente. Sem dúvida, é necessário discriminar entre realidade e as fantasias. Especialmente quando a situação envolve uma criança, ela deve ser levada a sério, mas a conversa deve ser feita de modo cuidadoso para não induzir relatos fantasiosos. Mas do que descobrir fatos, é preciso estar atento aos sentimentos envolvidos.

Adaptado de: Mitos e realidades sobre o abuso sexual. In: ABRAPIA. Guia de orientação para professores: Maus tratos contra crianças e adolescentes – proteção e prevenção. Rio de Janeiro: ABRAPIA, Autores & Agentes Associados. 1992

Oficina 5 - A sexualidade na vida das pessoas com deficiências

Objetivos

- Refletir sobre a presença da sexualidade na vida dos adolescentes e jovens com deficiências;
- Mobilizar-se para participar ativamente do processo de inclusão de pessoas com deficiências.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: quadro-negro, giz; duas tiras de papel contendo uma das frases indicadas abaixo, cópias dos textos de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e pede aos participantes que formem dois subgrupos, distribuindo para cada um deles uma das frases:

- Os adolescentes deficientes, incluindo os portadores de deficiência intelectual, têm necessidade e direito de receber orientação sexual tanto quanto qualquer outro. A ignorância não os protege; ao contrário, coloca-os em maior risco.
- Permitir que as pessoas deficientes vivam a adolescência é imprescindível para que a família e a sociedade tornem possível e apóiem o seu crescimento, amadurecimento e entrada na vida adulta.

- Cada subgrupo lê e discute a frase recebida, procurando tomar em conta suas experiências de relacionamento com pessoas portadoras de deficiências de diferentes tipos;
- Após este debate, o facilitador distribui cópias do texto de apoio e solicita aos participantes que escolham, a partir da leitura e dos debates, cinco princípios que consideram mais importantes para orientar sua prática profissional junto a adolescentes e jovens com deficiências;
- Os dois subgrupos apresentam as sínteses elaboradas e abre-se a roda para um debate final.

Textos de apoio

SEXUALIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

As pessoas com deficiências e necessidades educativas especiais têm anseios e dificuldades comuns a todos os seres humanos. Precisam, igualmente, desenvolver positivamente seu auto conceito e sua estima e viver experiências afetivas geradoras de oportunidades para reconhecer no outro a aprovação e o interesse afetivo-sexual.

Há alguns anos, nem se pensava que as pessoas com deficiências tivessem necessidade e direito à vivência e à expressão de sua sexualidade. A sexualidade dessas pessoas sempre foi negada como se a deficiência anulasse o desejo. Embora isto esteja mudando gradativamente, ainda hoje existe muita gente que considera as pessoas com necessidades especiais como seres assexuados. E ainda existem muitas pessoas deficientes que nunca tiveram a oportunidade de se admitirem como seres sexuais. As mensagens de aceitação ou negação da sexualidade das pessoas deficientes (assim como ocorre com a sexualidade de todos nós) são transmitidas e recebidas desde a

mais tenra idade. Por isso, faz-se mais do que necessário dar atenção especial a essa questão a partir dos primeiros anos de vida.

O fato é que as deficiências interferem muito raramente no amadurecimento sexual orgânico e, portanto, não transformam seus portadores em seres assexuados nem favorecem o desenvolvimento de uma sexualidade aguçada ou fora de controle. Ao contrário, as pessoas portadoras de deficiências experimentam os impulsos sexuais próprios das diferentes fases da vida de todos os seres humanos.
Alguns portadores de deficiências motoras, quando existem deformidades muito aparentes, podem vir a precisar de ajuda para trabalhar sua auto-imagem e estima, de modo a lidar com um corpo que difere em demasia dos padrões sociais considerados atraentes.

Um dos medos mais recorrentes das famílias refere-se à possibilidade de que seus filhos com deficiência sejam expostos à frustração e à rejeição. E esse receio não pode ser simplesmente desconsiderado, uma vez que nossa sociedade ainda é extremamente preconceituosa e a aceitação e inclusão das pessoas com deficiências não tende a ser imediata e espontânea. É preciso trabalhar esse medo para levar a família ao entendimento de que todos nós, vez ou outra, sofremos frustrações e somos rejeitados, e que momentos assim podem servir como aprendizado e fortalecimento emocional, já que o mundo não é perfeito e nem tudo ocorre como desejamos.

Além disso, as pessoas com necessidades educacionais especiais podem ser mais ricas ou mais pobres; brancas, negras, de diferentes etnias; há aquelas que tiveram boas oportunidades de se desenvolver e as que não receberam nenhuma atenção. Todas essas condições diferentes vão influir na subjetividade, no modo de ser de cada pessoa e na maneira como ela será tratada pela sociedade.

Entretanto, equidade não significa que todos têm que ser tratados de maneira igual, pois pressupõe a diferença como critério para a convivência e para o atendimento das necessidades educativas. A liberdade para que as crianças, jovens e adultos possam realizar o reconhecimento e a aceitação das diferenças, estabelecendo relações autênticas com os portadores de deficiências, pode ser o primeiro passo para realizar, de fato, a inclusão.
Quando lidamos com a sexualidade, especialmente junto aos portadores de deficiências mentais, as informações corretas, o acolhimento das dúvidas e dos anseios e a clareza no estabelecimento de acordos e limites são as ferramentas mais importantes para a superação da ansiedade, a geração de oportunidades para a construção de relações intersubjetivas gratificantes e condutas socialmente integradoras.

Alguns dos preceitos elaborados por Buscaglia (2000) são inspiradores para o trabalho educativo, inclusive com adolescentes portadores de necessidades educativas especiais:
- Lembre-se que cada pessoa com deficiência é diferente das outras e que, independentemente do rótulo que lhe seja imposto para a conveniência de outras pessoas, ela ainda assim é uma pessoa "única". Não existem duas crianças com síndrome de Down que sejam iguais ou dois adultos com deficiência auditiva que respondam ou reajam da mesma forma;

- Lembre-se que todas as pessoas com deficiência têm direito à honestidade em relação a si mesmas, a você e à sua condição. Ser desonesto com elas é o pior serviço que

alguém pode lhes prestar. A honestidade constitui a única base sólida sobre a qual qualquer tipo de crescimento pode ocorrer;
- Lembre-se que elas são pessoas antes de tudo e que têm o mesmo direito à auto-realização que quaisquer outras pessoas, no seu ritmo próprio, à sua maneira e por seus próprios meios. Somente elas podem superar suas dificuldades e encontrar a si mesmas;
- Lembre-se que as pessoas com deficiência têm a mesma necessidade que você de amar e ser amado, de aprender, partilhar, crescer e experimentar, no mesmo mundo em que você vive. Elas não têm um mundo separado. Existe apenas um mundo. De um modo geral, o trabalho educativo não pode ser realizado a partir de expectativas massificadas de aprendizagem, que não contemplam nem valorizam as diferenças individuais. O mesmo ocorre no campo da sexualidade, no qual cada ser humano, sem exceção, é portador de necessidades especiais.
Equipe de elaboração do curso

Comentário
• O texto Sexualidade e Deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. O Projeto Saúde na Escola: Texto de Apoio. Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde: Projeto de Promoção da Saúde; Ministério da Educação: Secretaria de Educação à Distância: TV Escola, 2002, p.54-55, do qual foram recortadas as frases acima citadas, pode ser utilizado para subsidiar o facilitador no debate deste tema.

Oficina 6 - Planejando atividades para o trabalho em grupos

Objetivo

- Analisar algumas atividades para o trabalho em grupos e, a partir dessa análise, sugerir novas atividades educativas para o tratamento dos conteúdos estudados nessa unidade.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: cópias das Atividades para o trabalho em grupos, materiais para a apresentação das atividades planejadas .

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o objetivo da oficina e propõe a formação de quatro subgrupos;
- Distribui cópias de uma das Atividades para cada subgrupo, para que seja avaliada segundo os seguintes critérios:

- A atividade é apropriada para o trabalho em grupos com nossos adolescentes e jovens?
- Podemos sugerir mudanças ou adaptações para adequar a atividade à nossa realidade?
- Quais são os materiais de apoio necessários para a realização da atividade?
- Quais objetivos podem ser definidos para essa atividade?
- Como é possível avaliar as aprendizagens proporcionadas?

- Discute com os participantes o tempo que será destinado para o trabalho em grupos e para a apresentação;
- Os subgrupos apresentam suas atividades e a análise que realizaram. É importante incentivar os participantes a realizar apresentações livres e criativas, podendo incluir a própria realização da atividade proposta ou de parte dela. As apresentações não precisam ser descritivas, embora devam incluir indicações claras sobre as perguntas colocadas;
- Abre-se uma rodada final de comentários sobre a experiência proposta na oficina.

ATIVIDADES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

Atividade 1 - Identificando violências

- O coordenador divide a turma em grupos e distribui uma reportagem de jornal que denuncie um caso de violência contra um adolescente;
- O grupo deverá discutir a reportagem, destacando quem sofreu a violência, que direitos não foram respeitados, que providências foram tomadas pelas autoridades e se o grupo concorda ou não com as medidas tomadas;
- Cada grupo apresenta sua análise e o coordenador vai aprofundando o tema mediante a apresentação do texto do Estatuto da Criança e do Adolescente; debatendo sobre a importância da informação sobre os direitos das pessoas, para que elas possam proteger-se e proteger os demais diante de situações de violência.

Atividade 2 – Comunicação verbal e não-verbal

- Após um breve exemplo de comunicação não-verbal, o coordenador pede que cada participante pense num sentimento que pode estar relacionado à vida sexual das pessoas e escreva num pedaço de papel;
- Todos os papéis são colocados em um saco e bem misturados. Cada participante deve sortear um dos papéis e procurar representar o que está escrito, sem usar palavras enquanto os outros tentam adivinhar;
- A pessoa que adivinhou deve dizer uma frase que comunique o sentimento que foi representado;
- Ao final, são discutidas as relações entre comunicação verbal e não-verbal, sua importância nos relacionamentos, seus possíveis problemas e vantagens.

Atividade 3 - Sexualidade e Mídia

- O coordenador oferece diversos materiais (jornais, revistas, sucatas, tesoura e cola) e pede aos participantes que se organizem em cinco grupos para elaborar cartazes que tragam uma propaganda que transmita algumas mensagens sobre sexualidade encontradas mais freqüentemente na televisão e em revistas. Tipos de propagandas a serem elaboradas:
- **Grupo 1:** de uma bebida alcoólica;
- **Grupo 2:** de uma marca de geladeira ;
- **Grupo 3:** de um medicamento para obesidade;
- **Grupo 4:** de roupas masculinas e femininas;
- **Grupo 5:** de uma marca de camisinha.
- Os grupos apresentam as propagandas elaboradas;

- Cada subgrupo, ao observar todos os painéis, deve analisar que imagens e atitudes essas mensagens estão passando sobre a mulher e o homem e sobre a relação entre as pessoas. Questões a serem discutidas:

- Que imagem das mulheres é transmitida?
- Que imagem dos homens é transmitida?
- Que atitudes e comportamentos sexuais estão sendo incentivados?
- Vale a pena seguir o modelo de homem, de mulher e das relações entre as pessoas visto em alguma das propagandas? Por que?
- Vale a pena ser diferente dos modelos apresentados? Por que?

Atividade 4 – Perguntas e respostas

- O coordenador pede aos participantes do grupo que escrevam, em um pedaço de papel, as perguntas que gostariam de fazer sobre sexualidade, sem identificar-se.
- Todos colocam suas perguntas numa caixa e, em seguida, os papéis são sorteados entre todos. O coordenador leva para a sala de aula alguns materiais para pesquisa.
- Cada participante deverá tentar, mediante consulta aos materiais selecionados, obter a resposta à pergunta apresentada pelo colega.

Comentário

- É importante fazer cópias das atividades analisadas e planejadas nesta e nas demais oficinas com os mesmos objetivos, de modo que todos possam guardar para consulta posterior.

Oficina 7 - Avaliação da unidade

Objetivos

- Analisar o conceito de sexualidade apresentado neste roteiro à luz das aprendizagens realizadas nessa unidade;
- Avaliar as oficinas, os conteúdos trabalhados na unidade e as aprendizagens realizadas.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: anotações dos participantes e do facilitador, cópias do texto de introdução dessa unidade, folhas para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa .

Sugestão para o encaminhamento da oficina:

- O facilitador informa que esta oficina é de encerramento da unidade e retoma as suas finalidades;

- Solicita aos participantes que se organizem em pequenos grupos e distribui cópias do texto de introdução desta unidade, estabelecendo junto com os participantes o tempo que será destinado para:

- Leitura e discussão do texto, visando identificar os pontos que podem ser acrescentados para que o texto apresente uma síntese dos estudos e debates realizados nesta unidade do curso. Cada subgrupo registra seus comentários para apresentação;

- Avaliação da unidade, mediante a sugestão de alguns critérios:

- A maneira como as oficinas foram desenvolvidas favoreceu um trabalho construtivo com os conteúdos propostos?
- As finalidades dessa unidade foram atingidas ou devem ser alteradas?
- O que gostariam de aprender mais sobre os conteúdos trabalhados?
- Quais os principais desafios a serem enfrentados no cotidiano de trabalho para a aplicação das aprendizagens do grupo?
- Que sugestões podem ser apresentadas para o aprimoramento desta unidade do curso?

- Abre-se uma roda para apresentação sintética das conclusões dos grupos e para promover uma avaliação coletiva.

UNIDADE 5
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Os Direitos Sexuais e Reprodutivos dizem respeito a muitos aspectos da vida: o poder sobre o próprio corpo, a saúde, a liberdade para a vivência da sexualidade, a maternidade e a paternidade. Mas podemos dizer que dizem respeito, antes de mais nada, aos acordos para a vida em sociedade e à cidadania.

O objetivo da afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos "é reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo. Alguns desses direitos são: o direito a decidir sobre reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos; o direito de ter acesso á informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade; o direito a ter controle sobre o próprio corpo; o direito de exercer a orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência". (Ventura, 2002).

Sendo assim, a saúde sexual e reprodutiva não pode ser analisada sem que tomemos em conta o contexto sócio-cultural e legal que está na base das relações humanas, em cada sociedade.

Finalidades

- Oferecer informações sobre o funcionamento dos órgãos sexuais e reprodutivos e sobre os processos de concepção e contracepção, no contexto das relações humanas, superando a abordagem estritamente biológica;
- Promover a reflexão e o debate sobre a gravidez na adolescência e sobre o papel a ser desempenhado pelas diversas instituições no apoio às necessidades de adolescentes e jovens no campo da saúde sexual;
- Promover a reflexão sobre os tipos de experiências educativas que podem favorecer o desenvolvimento de competências para o cuidado da saúde sexual;

Oferecer informações sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, que possam subsidiar a atuação profissional dos participantes do grupo.

Tempo de duração: ± 8 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1 - Anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais
Oficina 2 - Métodos contraceptivos
Oficina 3 - Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
Oficina 4 - Gravidez na adolescência
Oficina 5 - Planejando atividades para o trabalho em grupos

Oficina 1 - Anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais

Objetivo

- Aprofundar conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia humanas, em particular dos órgãos sexuais e dos aparelhos reprodutores feminino e masculino na vida adulta;

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: Folhas de papel grandes, canetas de ponta grossa, desenhos recortados dos órgãos sexuais masculinos e femininos, fita crepe.
Nota:
Sugere-se, para realização desta oficina, o convite a um profissional de saúde que possa, ao final da oficina, esclarecer dúvidas e fazer uma síntese dos conteúdos tratados, de acordo com as necessidades do grupo.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pede que dois voluntários, um homem e uma mulher, sirvam de modelo para traçar o contorno dos corpos em um papel grande o suficiente;
- Feitos os contornos, as folhas de papel são afixadas em local visível para todos. Os participantes escolhem nomes para o boneco e para a boneca desenhados;
- O facilitador apresenta desenhos, em tamanho real, dos órgãos sexuais masculinos e femininos recortados, entregando, um a um, para que sejam colados nos cartazes;
- Enquanto se realiza a colagem, o coordenador pergunta aos participantes o que sabem sobre o funcionamento de cada órgão;
- Ao final do exercício, realiza-se uma avaliação dos conhecimentos a serem aprofundados e dos interesses e dúvidas dos participantes;
- O profissional de saúde convidado realiza uma exposição dialogada, de acordo com as necessidades de aprendizagem do grupo.

Comentário

- É importante que sejam compartilhadas fontes de pesquisa e materiais que poderão ser utilizados para o aprofundamento dos estudos ou para a preparação de atividades com adolescentes e jovens.

Oficina 2 - Métodos contraceptivos

Objetivos

- Obter informações corretas e atualizadas sobre os métodos contraceptivos;
- Reconhecer a contracepção como um recurso essencial para ampliar as possibilidades de exercer a sexualidade com liberdade e responsabilidade;
- Refletir, coletivamente, sobre quando e como promover atividades educativas para adolescentes e jovens sobre os métodos contraceptivos.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: Folhas de papel para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa; amostras / figuras dos métodos contraceptivos; cópias do texto de apoio e de outros materiais para pesquisa sobre o tema.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e orienta os participantes para a formação de 6 subgrupos:

  Grupo 1: Métodos hormonais (exceto anticoncepção de emergência)
  Grupo 2: Dispositivo Intra-uterino (D.I.U.)
  Grupo 3: Métodos de barreira
  Grupo 4: Métodos naturais
  Grupo 5: Métodos cirúrgicos: o uso da laqueadura como método contraceptivo em nossa realidade
  Grupo 6: Anticoncepção de emergência
- Os subgrupos, mediante a disponibilidade dos textos de apoio e das amostras dos métodos contraceptivos, devem preparar uma apresentação sintética sobre os métodos estudados, respondendo as seguintes questões:
  - Quais são os métodos incluídos nesse grupo?
  - Como cada um dos métodos impede a gravidez?
  - Como devem ser usados?
  - Em que contexto – fase da vida, características pessoais etc.- ele pode ser mais apropriado para algumas pessoas?
  - A quem o adolescente deve recorrer para a escolha de um método contraceptivo?
  - Qual é a importância de se procurar um médico quando se inicia a vida sexual?
  - Qual pode ser a participação da mulher e do homem na escolha e no uso desse método?
- Os subgrupos apresentam resumidamente os métodos estudados;
- Ao término de cada uma das apresentações, abre-se uma rodada para a apresentação e resolução de dúvidas. Caso não seja possível resolver todas as dúvidas colocadas, elas devem ser anotadas para a realização de novas pesquisas e/ou consulta a outros materiais e profissionais;
- Ao término do seminário, o facilitador coloca as seguintes questões para reflexão e discussão:

a) O que o grupo acredita que os adolescentes e jovens com os quais trabalham já sabem sobre os métodos estudados? A quem o adolescente deve recorrer para a escolha de um método contraceptivo? Qual é a importância de se procurar um médico quando se inicia a vida sexual?

b) Quando é o momento de abordar esse tema?

- O facilitador avalia, junto com os participantes, necessidades de aprofundamento no tema.

Texto de Apoio

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Todos os métodos contraceptivos são recursos para impedir a fertilização do óvulo pelo espermatozóide. Existem diversos métodos conhecidos, mas nenhum deles é ideal, por isso o método precisa ser escolhido de acordo com as características e a fase da vida da pessoa ou do casal.

Recomenda-se que adolescentes de ambos os sexos procurem um serviço de saúde antes de começarem a ter relações sexuais, para obter auxílio e apoio na escolha e no acompanhamento do uso de métodos contraceptivos. O acesso a eles é parte dos direitos sexuais e reprodutivos de todos os cidadãos e cidadãs.
Mesmo com suas limitações, os métodos existentes permitem escolher o momento para ter os filhos desejados. Isso não quer dizer que sejam 100% seguros. Todos eles podem falhar, mesmo que a chance seja muito pequena.
Com exceção dos métodos naturais e da camisinha, o uso dos contraceptivos precisa ser orientado e acompanhado por médicos pois eles interferem no funcionamento do organismo e podem produzir efeitos negativos sobre a saúde.

1. Métodos Naturais (ou de comportamento)
Esses métodos consistem, basicamente, na abstinência sexual durante o período fértil da mulher. A identificação do período fértil é feita a partir da observação cuidadosa de algumas alterações que acontecem durante o ciclo ovulatório. As diferenças entre esses métodos estão apenas na forma de observar o ciclo para conseguir prever o período fértil.

O método da **Temperatura Basal** apóia-se na medição diária da temperatura corporal da mulher. Medindo a temperatura todos os dias, ao acordar, a mulher poderá perceber que sua temperatura diminui ligeiramente um dia antes da ovulação e aumenta um pouco de 24 a 72 horas depois dela, continuando elevada até a próxima menstruação. A temperatura precisa ser medida por vários meses antes que a mulher possa calcular o dia do ciclo em que geralmente começa o seu período fértil.

A observação diária do **Muco Cervical** é outro meio de identificar o período da ovulação. Poucos dias antes e poucos dias depois da ovulação, o útero produz um muco mais grosso, que é liberado na vagina. Da mesma forma que a variação de temperatura, a diferença na consistência do muco pode ser mais facilmente reconhecida pela mulher após alguns meses de treinamento. Mas é preciso cuidado para que o muco não seja confundido com um corrimento produzido por algum tipo de infecção.

A **Tabelinha** baseia-se, também, na abstinência sexual no período fértil. Isso porque o ciclo menstrual é relativamente constante e a ovulação ocorre entre 11 e 16 dias antes do inicio da próxima menstruação. Para calculá-lo é preciso contar do 1º dia da menstruação até o dia que antecede a menstruação seguinte; Isso deve ser feito por mais de 6 meses, daí você terá o ciclo menstrual. Do ciclo menstrual mais curto você subtrai 18 e terá o dia do início do período fértil e do ciclo mais longo você subtrai 11 e terá o fim do período fértil. Nesse período o casal não deverá ter relações sexuais com contato genital.

Como se apóiam na abstinência periódica, todos os métodos de comportamento exigem muita motivação do casal, restrições ao comportamento sexual, disciplina e conhecimento do corpo por parte da mulher, inclusive a previsão do período fértil, a partir da observação sistemática e continuada da duração média do ciclo menstrual. Mesmo entre as mulheres que têm ciclos rigorosamente regulares, é preciso levar em conta que mudanças na vida devidas a emoções, enfermidades ou viagens podem provocar alterações no funcionamento do organismo. Por todos esses fatores, os métodos naturais falham com muita freqüência. Não são métodos seguros, especialmente para adolescentes, que geralmente ainda apresentam ciclos ovulatório e menstrual irregulares. Esses métodos podem ser considerados úteis, principalmente, para aumentar o intervalo entre as gestações.

Outro método de comportamento que pode ser citado é o **Coito Interrompido**, que consiste em retirar o pênis da vagina antes de ejacular. A maioria das pessoas, homens e mulheres, consideram que essa prática prejudica a qualidade da relação sexual. O controle do momento preciso para retirar o pênis da vagina é difícil e geralmente causa tensão no casal durante o ato sexual. Quando a ejaculação ocorre perto da vagina, a mulher pode engravidar, mesmo que seja virgem. Além disso, alguns espermatozóides (assim como o vírus da Aids), estão presentes no líquido eliminado pelo pênis antes da ejaculação. Por essas razões, há pessoas quem nem mesmo incluem esta prática entre os métodos contraceptivos.

2. Métodos mecânicos (ou de barreira)
São vários tipos de barreiras físicas, usadas para impedir a passagem dos espermatozóides para dentro do corpo da mulher, evitando seu encontro com um óvulo.

O preservativo masculino ou camisinha, originalmente conhecido como Camisa de Vênus (A Deusa do Amor), é um envoltório de borracha fina que é colocado no pênis para recolher o esperma durante a relação sexual. Atualmente, é considerado o método mais seguro pois, além de ser eficaz na prevenção da gravidez, é o principal método de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da aids. O preservativo feminino também cumpriria esta função, mas ainda é caro e de difícil acesso.

Como usar corretamente a camisinha?
- Coloque a camisinha quando o pênis estiver duro, antes de qualquer penetração e não apenas na hora de ejacular (gozar).
- Se a camisinha romper durante a relação, retire o pênis imediatamente e coloque uma nova.

• Quais são os cuidados importantes na hora de adquirir uma camisinha?
As camisinhas podem ser obtidas gratuitamente em serviços de saúde, em atividades educativas/informativas, e podem ser compradas em farmácias e supermercados. É preciso dar atenção a alguns detalhes importantes:
* Procure o selo de certificação do INMETRO para saber se o produto atende as normas de qualidade e segurança. Apenas as embalagens com esse selo demonstram que as camisinhas passaram por testes que garantem um bom produto;

* Confira a data de validade na embalagem do preservativo;
* Guarde as camisinhas em lugar fresco e seco.

Quais são as dicas para usar a camisinha com maior segurança?

* Use sempre camisinha lubrificada. Se quiser um maior conforto use apenas gel lubrificante à base de água (principalmente na relação anal);
* Use uma camisinha nova em cada relação sexual;
* Nunca utilize duas camisinhas ao mesmo tempo, pois o atrito entre elas pode provocar a ruptura;
* O uso contínuo do preservativo melhora a habilidade para colocação no pênis.

O **preservativo feminino** é uma bolsa de borracha fina, macia e flexível, que deve ser colocada na vagina, revestindo-a completamente para evitar o contato do sêmen com o corpo da mulher. Ainda é um método novo e pouco difundido. Ainda não tem um preço acessível para a maioria das pessoas. A camisinha feminina é descartável e de uso único. Também impede a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e da aids.

O **diafragma** é uma meia esfera de borracha fina e flexível que é introduzida pela vagina para cobrir a entrada do útero e impedir a passagem dos espermatozóides. Pode ser usado junto com geléias espermicidas para aumentar a sua eficácia. Existem diafragmas de vários tamanhos e a escolha deve ser feita de acordo com o tamanho da entrada do útero. Por isso, a medida precisa ser feita por um médico ou outro profissional preparado. Treinar a colocação e a retirada é importante para que a mulher possa sentir-se à vontade e segura para usar este método. O diafragma precisa ser colocado antes de cada relação sexual e pode ser retirado no mínimo 6 horas depois. Para ficar bem conservado e higiênico, o diafragma deve ser lavado após cada uso e guardado bem limpo e seco. Assim poderá ser usado muitas vezes e por alguns anos, desde que esteja íntegro.

O diafragma, assim como os outros métodos de barreira, tem uma grande vantagem: não interfere no funcionamento do organismo e raramente produz efeitos indesejados (como alergias à borracha). O preservativo e o diafragma são muito eficazes quando usados corretamente. Mas precisam ser usados em todas as relações sexuais.

Os **espermicidas** são produtos químicos capazes de matar ou desativar os espermatozóides. Eles rompem a membrana celular do espermatozóide e afetam seu movimento e sua capacidade de fertilizar o óvulo. As apresentações mais comuns são na forma de creme ou de gel. Podem ser usados para aumentar a segurança da camisinha ou do diafragma.

3. Métodos Hormonais

Os **anticoncepcionais orais (pílulas)** são medicamentos à base de hormônios sintéticos. Podem ser feitas com apenas um hormônio (minipílulas) ou com dois hormônios (pílulas combinadas). Existem diversos tipos de pílulas, que variam de acordo com a qualidade e a quantidade de hormônios que contêm. Uma pílula que é eficiente e adequada para uma pessoa, pode ser imprópria e causar efeitos indesejados em outras. Por isso, é muito importante escolher junto com o médico a pílula que será usada e, em alguns casos, ir mudando até encontrar o tipo certo. Os comprimidos devem ser tomados todos os dias, de preferência na mesma hora. Os hormônios contidos nos anticoncepcionais orais suprimem a ovulação e alteram o muco, dificultando o acesso dos espermatozóides à trompa. Podem causar alguns efeitos indesejáveis como náuseas, vômitos, aumento de peso e de sensibilidade nos seios.

Os **anticoncepcionais injetáveis** são injeções de hormônios e têm o mesmo efeito das pílulas. Devem ser aplicadas no músculo uma vez por mês, a cada três ou seis meses, dependendo do tipo e da quantidade de hormônios que contêm. Eles também interferem sobre a ovulação mas têm uma vantagem em relação às pílulas: não precisam ser tomados todos os dias. Mas essa vantagem pode transformar-se em grande desvantagem caso a mulher tenha alguma reação indesejada, pois não é possível interromper os efeitos produzidos. Será preciso esperar todo o tempo de ação previsto, seja um mês, três ou seis meses, para que o efeito venha a cessar. Esse método ainda está sendo alvo de muitos estudos quanto aos seus efeitos de longo prazo.

Os métodos hormonais são muito eficientes para evitar a gravidez, oferecem uma proteção próxima de 100%. Por outro lado, interferem no funcionamento do organismo, alterando o ciclo ovulatório e outras funções reguladas pelos hormônios sexuais. O uso de hormônios pode ser contra-indicado e perigoso para mulheres que têm alguns problemas de saúde como, por exemplo, dificuldades de circulação. Por isso é essencial que as pílulas e as injeções hormonais sejam usadas com acompanhamento médico.

4. Dispositivo Intra-Uterino – DIU

Os **DIUs** são pequenos objetos feitos de material flexível envolvido em cobre e podem ter diversos formatos. São colocados dentro do útero pelo médico ou outro profissional treinado durante o período menstrual. O DIU evita a gravidez devido à ação do cobre sobre a vitalidade e a movimentação dos espermatozóides. É um método bastante eficaz, sendo indicado preferencialmente para mulheres que já tiveram filhos. Sua principal vantagem, além da eficácia, é que pode ser mantido no útero por vários anos, sem que seja necessária nenhuma outra medida para evitar a gravidez. Entre suas desvantagens, as mais importantes são: para muitas mulheres provoca um aumento do fluxo menstrual e, também, pode facilitar a ocorrência de infecções. Por isso, o uso do DIU requer acompanhamento médico regular e cuidadoso.

5.Métodos Cirúrgicos

A **Ligadura de Trompas** ou **Laqueadura** é um método no qual as tubas uterinas, canais de passagem do óvulo, são amarradas e cortadas. Os óvulos continuam amadurecendo, mas, como não há passagem, não são alcançados pelos espermatozóides. Essa cirurgia, considerada definitiva, interfere sobre a produção de hormônios e pode trazer alguns efeitos negativos para a saúde da mulher, mas não interfere na vida sexual da mulher ou do casal. No Brasil foram realizadas muitas cirurgias para a esterilização feminina, especialmente durante os partos feitos por meio de operações cesarianas. O país tornou-se campeão de cesáreas (que, quando desnecessárias, trazem maiores riscos para a mulher e para o recém-nascido) e tornou-se, também, campeão em esterilizações femininas. Para proteger a saúde da mulher, a lei brasileira estabelece que a ligadura de trompas só pode ser feita com autorização escrita e não deve ser feita durante o parto, para que a mulher tenha liberdade real de escolha. A cirurgia pode ser feita com anestesia local. Em alguns casos, a tentativa de religação pode ser feita com sucesso.

A **Vasectomia** é a esterilização masculina, feita por meio de uma pequena cirurgia na qual os canais deferentes, por onde passam os espermatozóides no caminho para a saída do pênis, são amarrados e cortados. Dessa forma, os espermatozóides produzidos não passam para o líquido que é eliminado na ejaculação. Usa-se anestesia local e não é necessária internação hospitalar para fazer a operação. Uma semana depois o homem pode retomar sua atividade sexual normalmente e a vasectomia não causa alterações no seu desempenho sexual. Como a ligadura de trompas, a vasectomia é considerada um método definitivo. Alguns homens já fizeram, com sucesso, uma cirurgia para restabelecer a passagem nos canais deferentes, mas não é possível oferecer garantias de retorno da fertilidade.

6. Quando os métodos contraceptivos falham

A **Contracepção de Emergência** inclui dois comprimidos com alta concentração de hormônio sintético (progestogênio). Pode ser usada por todas as mulheres quando aconteceu uma relação sexual desprotegida, houve violência sexual ou falha no método contraceptivo usado (por exemplo, rompimento da camisinha).

A primeira pílula deve ser tomada o quanto antes, de preferência logo após a relação sexual ou, no máximo, até três dias (72 horas) depois. A segunda pílula deve ser ingerida 12 horas depois do horário em que foi tomada a primeira. Quanto antes for tomado o primeiro comprimido, maiores serão as chances de evitar a fecundação do óvulo. A contracepção de emergência também está disponível em dosagem única (levonorgestrel) como alternativa preferencial à dose de dois comprimidos.

Este método, como o nome diz, só deve ser usado em situações de emergência. Não se recomenda o uso contínuo porque os comprimidos possuem alta dosagem hormonal e, além disso, não previnem as DST nem a aids. A contracepção de emergência não substitui os métodos contraceptivos porque sua eficácia é grande mas, ainda assim, é bem menor do que a dos métodos mais efetivos, como a camisinha, a pílula ou o DIU. Além disso, o uso repetido pode reduzir sua eficácia e os comprimidos contêm altas doses de hormônio, o que pode causar efeitos indesejados à saúde, entre os quais: alterações do ciclo menstrual, enjôos e vômitos.

Equipe de elaboração do curso

Oficina 3 - Direitos sexuais e Direitos reprodutivos

Objetivos

- Conhecer os direitos sexuais e reprodutivos e avaliar em que medida eles são respeitados em nossas realidades;
- Refletir, coletivamente, sobre o papel dos profissionais da educação e da saúde na promoção desses direitos;
- Analisar os impactos do abortamento inseguro sobre a saúde das mulheres brasileiras, identificando a responsabilidade da sociedade e dos profissionais da educação e da saúde com relação a essa questão, independentemente de alinhamentos morais e religiosos.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: lousa e giz, pequenos pedaços de papel de várias cores, canetas de ponta grossa, uma folha de papel grande, cola, cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o tema da oficina e anota a seguinte frase na lousa:
- Como parte dos direitos humanos, para que eu possa viver a minha vida sexual e reprodutiva com liberdade, prazer e saúde, tenho o direito de.....
- Distribui os pedaços pequenos de papel, pedindo aos participantes que reflitam e escrevam, individualmente, algo que complete a frase.
- Após o tempo necessário para que todos os participantes registrem o complemento da frase no papel, o facilitador cola a folha de papel grande na lousa ou na parede, em local visível para todos, e pede a um participante que declare o direito registrado e cole seu papel na folha grande;
- O procedimento se repete, até que todos tenham participado.
- Abre-se uma rodada de comentários sobre o resultado do trabalho coletivo, procurando-se identificar se algo foi esquecido e se os direitos apresentados dizem respeito a todos os cidadãos e cidadãs (mesmo que as pessoas sejam diversas e, não necessariamente, queiram exercer os mesmos direitos da mesma forma);
- O facilitador distribui os textos de apoio para três voluntários e organiza a leitura coletiva interrompendo, sempre que necessário, para que se possam estabelecer relações entre a leitura e o trabalho anteriormente realizado;
- Como encerramento das atividades, o facilitador apresenta os objetivos da oficina e avalia, junto com os participantes, se eles são considerados válidos e se foram atendidos.

Textos de apoio

O DESENVOLVIMENTO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS COMO DIREITOS HUMANOS

A natureza dinâmica dos direitos humanos vem permitindo a incorporação gradativa de novas demandas que surgem no seio da sociedade. Desde de 1948, data da aprovação da Declaração Universal de Direitos Humanos, novos direitos foram sendo incorporados dentro do marco legal dos direitos humanos através de um processo de ampliação,

principalmente em temas que afetam diretamente os direitos humanos das mulheres. Em relação aos direitos reprodutivos, a proibição de discriminação em razão do sexo é especialmente relevante e consta nos instrumentos de direitos humanos de caráter geral, tais como: a Declaração Universal de Direitos Humanos, o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos. (....) O Brasil é signatário de todos estes instrumentos internacionais e, portanto, tem a obrigação de tomar as medidas necessárias para o seu efetivo cumprimento e implementação dentro de seu território. (....)

Os direitos reprodutivos entraram na arena internacional através da Primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos celebrada em Teerã, onde foi reconhecido o direito a determinar livremente o número de filhos e os intervalos entre os seus nascimentos. Desde então várias outras Conferências sobre os direitos das mulheres foram realizadas. Em matéria de saúde sexual e reprodutiva, a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 foi particularmente importante.
O documento final desta Conferência, conhecido como Programa de Ação do Cairo, estabeleceu que a saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de enfermidades ou doenças, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo bem como suas funções e processos. Além disso, estabeleceu que a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, assim como de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que freqüência. O homem e a mulher têm direito de obter informação e acesso a métodos para a regulação da fecundidade que sejam seguros, eficazes, acessíveis, aceitáveis e de sua escolha, assim como o direito de receber serviços adequados de atenção à saúde que permitam gravidez e partos sem riscos.
Elaborado a partir de consulta à Internet: www.advocaci.org.br

Sobre os direitos dos/das adolescentes
A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), respaldadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, ONU (Cairo + 5, 1999) e Código de Ética Médica, e após o Fórum 2002 - Adolescência, Contracepção e Ética, estabelecem as seguintes diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes:

1. O adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta. Deve-se lembrar que a privacidade não está obrigatoriamente relacionada à confidencialidade.
2. Confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas a seus pais e ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apóia-se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia.

A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorece a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações. (....)
Os adolescentes de ambos os sexos têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual, ao acesso e disponibilidade gratuita dos métodos contraceptivos. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade do adolescente, estimulando a responsabilidade com sua própria saúde. O respeito à sua autonomia faz com que eles passem de objeto a sujeito de direito. (....)

Art. 103, Código de Ética Médica: "É vedado ao médico: revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos para o paciente."

Trechos selecionados de: Adolescência, contracepção e ética - Diretrizes Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP e Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. Fórum 2002 Adolescência, contracepção e ética.

ABORTAMENTO: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Embora não seja um método anticoncepcional, o abortamento é muito utilizado com essa finalidade, especialmente entre as mulheres que não têm acesso à contracepção. É uma prática proibida em nosso país, exceto em casos especiais, quando existe risco de vida para a mãe ou quando a gravidez é conseqüência de um ato de violência contra a mulher.

Nos países em que o abortamento é legal nas primeiras semanas da gravidez, ele é realizado por profissionais de saúde, em boas condições de higiene e não traz os mesmos riscos à vida e à saúde das mulheres constatados em nosso país. Onde ocorreu a legalização desta prática, ela não funcionou como um incentivo a um uso indiscriminado e não ocorreu, como se poderia imaginar, um aumento do número de abortamentos praticados. O abortamento é compreendido como um recurso de retaguarda, para casos de falha do método de contracepção em uso, e sua utilização para a interrupção de uma gravidez é uma opção pessoal.

No Brasil, embora seja ilegal, o abortamento é praticado por milhares de mulheres. Algumas estimativas indicam que são realizados 750 mil abortamentos/ano, outras estimativas indicam 1,4 milhão/ano. Existem muitas polêmicas sobre a forma de fazer esses cálculos, mas sempre resultam números muito grandes. Como o procedimento é ilegal, torna-se difícil saber o número de abortamentos realizados. Mas as complicações que resultam de abortamentos inseguros, feitos em condições precárias de higiene, levam um número muito grande de mulheres aos pronto-socorros todos os dias.

Segundo os dados registrados pelo Sistema Único de Saúde, cerca de 10% das gestações terminam em abortamento espontâneo e 21% em abortamento provocado em função de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo. A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais.

Na América Latina e no Caribe, segundo a Organização Mundial de Saúde, 21% das mortes relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto têm como causa as complicações decorrentes de abortamentos realizados de forma insegura.

Para Rosana Alcântara, coordenadora da entidade denominada Advocaci - Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, a discussão sobre a vida do feto é um véu que encobre a questão central: o controle da sexualidade e do corpo da mulher pelo Estado e pela sociedade. Independentemente da diversidade de opiniões e conceitos éticos, religiosos

e morais a respeito do abortamento, o fato é que esse procedimento, realizado em precárias condições de higiene, gera uma taxa de mortalidade materna inaceitável e apresenta-se como um grave problema de saúde pública. Em resposta a essa situação, o Ministério da Saúde estabeleceu, no ano 2005, uma norma técnica para o "Atendimento Humanizado ao Abortamento", na qual são indicados os cuidados técnicos e éticos para o acolhimento, pelos serviços e profissionais de saúde, das mulheres com necessidades de atenção médica relacionadas ao abortamento, incluindo orientação para o planejamento reprodutivo.

Equipe de elaboração do curso

Oficina 4 - Gravidez na adolescência

Objetivo

- Dialogar sobre a gravidez na adolescência, analisando criticamente as possibilidades e finalidades de realizar um trabalho educativo relacionado a essa questão.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador organiza a leitura coletiva e discussão do texto de apoio;
- Terminada a leitura, solicita aos participantes que, tomando em conta as discussões realizadas nas oficinas anteriores, debatam a seguinte questão: Tem sido atribuído à escola, com freqüência, o papel de evitar a gravidez na adolescência. Este pode ser um dos objetivos da educação? Por que? De que maneiras a escola participa dessa problemática atual? De que formas poderia participar?
- Abre-se para o debate, colocando os seguintes pontos para discussão:

- Os professores e os profissionais de saúde reagem de maneiras diferentes diante da adolescente grávida/mãe e do adolescente grávido/pai?
- Como a escola e o serviço de saúde podem apoiar a adolescente grávida ou mãe – e ao adolescente "grávido" ou pai e, em especial, contribuir para a continuidade dos seus estudos?

Texto de apoio

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Há muitos adolescentes tornando-se mães e pais. Freqüentemente este fato é citado em nossos comentários como uma expressão da falta de responsabilidade dos jovens perante a vida. Entretanto, dados mais recentes mostram que a taxa de adolescentes grávidas entre 15 e 19 anos vem diminuindo desde 1999 e chegou, em 2003, a patamares menores do que os verificados no início da década passada. A mudança nesta tendência pode estar associada, inclusive, à prevenção da aids, dado o aumento significativo de uso do preservativo desde o início da epidemia em nosso país, na década de 1980.

As pesquisadoras Elza Berquó, do Núcleo de Estudos de População da Unicamp, e Suzana Cavenaghi, da Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), constataram que o índice de gravidez na adolescência, de fato, está diminuindo. Esse estudo comparou informações provenientes de três fontes diferentes: a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD / IBGE), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC / Ministério da Saúde) e o dados de registro civil, recolhidos em cartórios. Em 1999, foi verificada uma taxa de 90,5 grávidas para cada grupo de 1.000 adolescentes entre 15 e 19 anos. Em 2003 havia 81 grávidas para cada grupo de 1.000, uma queda de 10,5%.

Cabe ressaltar, entretanto, que a queda na taxa de gravidez na adolescência não diminui a responsabilidade da sociedade e do poder público em relação a essa questão, dado que as taxas brasileiras ainda são altas se comparadas a países desenvolvidos e revelam grande diferencial entre classes sociais. (Boletim da Rede Feminista , 2005).

A idade considerada apropriada para a procriação está relacionada à cultura de cada sociedade. No Brasil do século passado, por exemplo, a faixa etária entre 12 e 18 anos não tinha o caráter de passagem da infância para a vida adulta e as adolescentes eram consideradas aptas para o casamento. Não casá-las nessa idade era problemático para os pais.

Nos dias atuais, a nossa sociedade atribui à faixa dos 12 aos 20 anos as funções de desenvolvimento psicossocial, formação escolar e preparação profissional. Considera-se que é preciso atingir a maioridade, terminar os estudos, ter trabalho e rendimentos próprios, para só então estabelecer uma relação amorosa duradoura e ter filhos. A gravidez e a maternidade ou paternidade na adolescência rompem com essa trajetória considerada "natural" e são vistas como problema e risco a ser evitado.

Uma gravidez na adolescência pode gerar medo, insegurança ou desespero. A desorientação e o sentimento de solidão são reações muito comuns, principalmente no momento da descoberta da gravidez. No entanto, não se pode ter uma falsa idéia de que toda gestação, entre adolescentes, seja inconseqüente e desastrosa. Para muitas e muitos adolescentes, não existe uma relação direta entre gravidez e fim da juventude. Muitas famílias não vêem isso como uma ruptura social e se solidarizam com a gravidez.

Em resumo, a questão envolve muito mais do que um julgamento quanto ao grau de responsabilidade (ou irresponsabilidade) pessoal ao qual é freqüentemente reduzida. Esta fórmula apenas contribui para descomprometer a sociedade com ao assunto e, por isso, vale a pena refletir sobre alguns aspectos da questão tão importantes quanto a responsabilidade das pessoas e casais:

- Que possibilidades têm os adolescentes e as adolescentes com quem trabalhamos de conseguir métodos contraceptivos de baixo custo?
- Quantas pessoas, entre nós (ou conhecidas por nós), passaram pela experiência de uma gravidez na adolescência em casa e enfrentaram o desafio por meio do apoio social?
- Os serviços de saúde acolhem as adolescentes "não grávidas" ou o acesso a eles só se torna efetivo quando uma gravidez já começou?
- Que diferenças podemos observar entre as repercussões de uma gravidez na vida de adolescentes mais ricas (ou mais ricos) e mais pobres?

A gravidez pode ser fruto da falta de informação sobre saúde reprodutiva e métodos contraceptivos ou da falta de acesso a eles. Pode, também, estar relacionada com aspectos comportamentais, como a inabilidade (às vezes inibição) da jovem para negociar o uso do preservativo com o seu parceiro. Mas pode, igualmente, ser fruto da vontade das adolescentes e de seus parceiros, de seu desejo de conquistar autonomia, espaço no mundo adulto e valorização social.

Quando analisamos a questão com mais cuidado, percebemos que a gravidez na adolescência torna-se um grande problema quando a sociedade e o poder público não garantem, efetivamente, o direito de viver a adolescência, o apoio para as adolescentes grávidas (e os adolescentes grávidos) e, ao mesmo tempo, não se responsabilizam pelo acesso à contracepção entre adolescentes. Como é possível, em nossa realidade de trabalho, contribuir para a superar esta situação?

Oficina 5 - Planejando atividades para o trabalho em grupos

Objetivo

- Analisar algumas atividades para o trabalho em grupos e sugerir outras atividades que possam dar conta dos mesmos conteúdos e objetivos.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: cópias das atividades, materiais para a elaboração e apresentação das atividades, anotações dos participantes e do facilitador.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador organiza a leitura coletiva do texto de introdução desta unidade e abre um debate sobre as idéias apresentadas;
- Ao término do debate, solicita aos participantes que formem 4 grupos para analisar algumas atividades propostas para o trabalho em grupos;
- Distribui cópia de uma das atividades para cada grupo, pedindo aos participantes que façam uma análise, segundo os seguintes critérios:

- A atividade é apropriada para o trabalho em grupos com nossos adolescentes e jovens?
- Que mudanças ou adaptações podem ser feitas?
- Em quais situações seria indicada sua realização?
- Quais objetivos podem ser definidos para essa atividade?
- Que critérios podem ser utilizados para a avaliação do cumprimento dos objetivos definidos?
- Conhecemos ou podemos sugerir outras atividades que dêem conta dos mesmos conteúdos e objetivos?

- Os subgrupos preparam uma apresentação de sua análise para todos, combinando-se previamente, com o grupo todo, o tempo que será destinado para a análise e para cada apresentação. Os subgrupos apresentam as suas atividades, as adaptações realizadas, e as respostas que deram às perguntas;

- Abre-se a roda para uma avaliação da experiência realizada nesta oficina, visando identificar, coletivamente, os seguintes aspectos:

- Foi possível aplicar, na análise das atividades propostas, as aprendizagens do grupo ao longo do desenvolvimento desta unidade do curso?
- Como as oficinas desta unidade podem ser aprimoradas?

ATIVIDADES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

Atividade 1 – A gravidez na balança

- Tendo em mãos uma balança de pratos improvisada, o coordenador distribui pequenos pedaços de papel para os participantes, pedindo que escrevam, em cada um, uma vantagem da gravidez e no outro uma desvantagem;
- Cada um lê o que escreveu e coloca seu papelzinho em um dos pratos da balança (aquele definido para vantagens ou desvantagens);
- À medida que os papéis vão sendo depositados, faz-se um debate sobre as opiniões apresentadas e sobre as oscilações da balança. O objetivo não é chegar a uma conclusão única e comum, trata-se de promover uma reflexão para que todos possam refletir sobre o conjunto dos argumentos apresentados.

Atividade 2 - A árvore do prazer

- O coordenador pede aos participantes que desenhem uma grande árvore em várias folhas de papel coladas;
- Distribui pedaços pequenos de papel vermelho e pede aos participantes que escrevam todas as formas de prazer que conseguem imaginar. Os prazeres são colados na árvore, como frutos (selecionando os repetidos);
- Distribui depois pedaços pequenos de papel azul e pede aos participantes que escrevam todos os riscos que podem se manifestar quando vivemos cada um daqueles prazeres. Os riscos são colados na árvore, em torno dos prazeres relacionados. Os participantes devem ser incentivados a indicar o maior número possível de riscos para todos os prazeres colocados, para que seja visível que os riscos sempre fazem parte da vida;
- O coordenador abre uma roda de conversa, incentivando a percepção de que os riscos muitas vezes não podem ser eliminados e que, por isso, precisamos descobrir formas de minimizá-los ou de conviver com eles. O grande desafio, portanto, é descobrir todas as formas ao nosso alcance de proteger as pessoas em sua vida real, na qual convivem com os riscos;
- Propõe aos participantes o seguinte desafio: encontrar todas as formas de proteção com as quais podem contar para enfrentar os riscos relacionados à saúde sexual, seja eliminando, minimizando ou identificando formas de conviver com os riscos existentes. Coloca no centro da árvore um dos papéis vermelhos que expresse um prazer relacionado à vivência da sexualidade (ter relações sexuais, transar etc.), deslocando também todos os riscos a ele associados;
- Distribui pedaços pequenos de papel amarelo e pede aos participantes que escrevam todas as formas de proteção para aqueles riscos, para que o prazer possa continuar na árvore. Com o estímulo do coordenador, todos devem ajudar a descobrir formas de proteção contra os riscos (pessoal, com ajuda de outras pessoas, da sociedade, dos serviços e das instituições);

- Ao final, o coordenador abre uma roda de conversa sobre a dificuldade ou facilidade dos participantes do grupo para contar com todos os recursos de proteção contra as DST, a aids e a gravidez não desejada, permitindo que enfrentem, superem ou possam conviver com os riscos, protegendo a si mesmos e aos demais.

Atividade 3 - Usando camisinha

- O coordenador prepara com antecedência o material (diversas camisinhas e um pepino ou uma cenoura);
- Distribui uma folha de papel para cada participante;
- Pede que, individualmente, escrevam instruções detalhadas para o uso da camisinha, de modo que outra pessoa, que nunca usou camisinha, possa fazê-lo corretamente mediante a leitura dessas instruções;
- Todos colocam as instruções escritas em um envelope ou caixa;
- O coordenador pede a cinco voluntários que testem algumas instruções que serão sorteadas;
- O primeiro voluntário sorteia uma das instruções. O coordenador lê a instrução, pausadamente, e o voluntário deverá executar exatamente o que está escutando, utilizando a camisinha e o pepino. Todos devem ser instruídos para ficarem atentos para que o voluntário só faça o que a instrução indica;
- Depois que os cinco voluntários tiverem executado suas instruções, o coordenador coloca para o grupo a seguinte questão: Faltaram informações em cada uma das instruções? Quais?
- Ao final do debate, o coordenador apresenta o seguinte desafio: elaboração conjunta de instruções corretas e completas para o uso da camisinha;
- Vai anotando na lousa os passos e instruções, conforme são colocados pelos participantes, questionando sempre que sejam observadas faltas ou inadequações em algum dos passos sugeridos.

Atividade 4 - Correio Sentimental

- O coordenador solicita aos participantes que se reúnam em três grupos e explica que cada grupo comporá uma equipe responsável por um programa de rádio que mantém uma seção chamada "Correio Sentimental", na qual os ouvintes relatam casos sentimentais e a equipe apresenta uma resposta;
- Em seguida distribui um caso para cada grupo, para que discutam a resposta que darão aos ouvintes;
- Solicita que, ao apresentar sua resposta, cada grupo o faça como se estivesse no ar, inclusive com a leitura do caso para os ouvintes;
- Após a apresentação de todos os grupos abre-se um debate, podendo ser colocadas algumas questões orientadoras:

- É difícil falar de métodos contraceptivos? Por quê?
- Onde e com quem é possível buscar informações sobre o assunto?
- Que tipos de conselhos geralmente são dados pelos meios de comunicação?
- Os casais devem discutir a escolha do método em conjunto? Por quê?
- Qual a melhor forma de alguém falar sobre métodos com seu (sua) parceiro(a)?

A atividade permite, também, avaliar as informações que o grupo tem sobre o tema, identificando as necessidades de informação e aprofundamento do debate.

CASOS PARA RESPONDER

1. Ana e Ricardo são namorados e Ana acha que eles vão ter relações sexuais logo e que vão perder o controle no momento da paixão. Pensa em conversar com Ricardo sobre isso, mas não sabe que reação ele vai ter. Decidiu comprar camisinhas para levar na bolsa, mas agora está com medo que ele veja e pense que ela está transando com outra pessoa. Gostaria de ouvir a equipe do "Correio Sentimental" sobre que atitude tomar.
2. Daniel está com 19 anos e já teve relações sexuais com algumas meninas. Seus amigos lhe perguntaram se ele se previne e ele respondeu que não é preciso, porque só transa com meninas conhecidas e decentes. Mas acabou ficando com aquilo na cabeça. Espera que o "Correio Sentimental" possa ajudá-lo a tirar esse grilo da cabeça.
3. Luiz e Mônica estão cursando o colegial. Moram juntos e não estão usando nenhum método contraceptivo quando têm relações sexuais. Luiz quer que Mônica fique grávida, mas Mônica quer esperar alguns anos antes de ter um bebê. Mônica pede ajuda ao "Correio Sentimental"

UNIDADE 6
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

Introdução

Um dos objetivos da educação em saúde é desvincular a sexualidade de tabus e preconceitos, afirmando sua associação ao prazer e à vida.

No início da epidemia de aids, assim como no combate às drogas, foram utilizadas muitas mensagens preventivas baseadas no terror. Mas logo se percebeu que o terror não é eficaz pois afasta as pessoas das questões que se deseja analisar, uma forma de educação "anti-pedagógica". Como afirmava Herbert de Souza, o Betinho, é a possibilidade da vida que nos leva a interagir, construir, planejar, projetar o futuro, não a certeza da morte. Com a "pedagogia do terror" as pessoas sentem medo, mas não necessariamente adquirem competências para a construção de práticas de proteção e cuidado.

O foco precisa ser voltado para a adoção de condutas preventivas como o uso de preservativos em todas as relações sexuais, o uso de luvas ao ter contato com sangue, a utilização de seringas e agulhas descartáveis e a exigência de que o sangue utilizado em transfusões seja testado. É importante, também, distinguir as formas de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e as situações que não oferecem risco algum.

A questão das drogas também ganhou importância para a prevenção de DST/aids, não apenas em função do risco de transmissão da aids por meio de seringas e agulhas contaminadas. O uso de drogas psicoativas também é considerado um importante fator para a negligência na proteção, especialmente no uso de preservativos.

A epidemia da aids trouxe novos desafios éticos e para a saúde pública. Por um lado, reforçou-se a necessidade de prevenção das doenças de transmissão sexual em geral. Percebeu-se, também, que o controle dessas doenças não estava associado apenas à vontade pessoal e ao diagnóstico e tratamento, mas à promoção de transformações socioculturais e da qualidade das relações humanas.

Sabe-se hoje que a prevenção depende muito mais de atitudes de cuidado de si e dos demais do que de informações científicas. É possível promover, desde a infância, o desenvolvimento de muitas competências para a proteção e o autocuidado, o respeito mútuo e a solidariedade. Essas questões podem ser trabalhadas no cotidiano da convivência em todas as fases da vida e vão além da abordagem de conteúdos específicos da saúde sexual e reprodutiva. Por isso, os conhecimentos sobre o assunto e as medidas de proteção dizem respeito a todas as pessoas, em todas as fases da vida.

Finalidades

- Oferecer informações atualizadas para subsidiar os participantes na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis e da aids em sua prática cotidiana;
- Propiciar condições para que os participantes possam articular as dimensões orgânicas, afetivas e socioculturais da prevenção das DST/aids e do enfrentamento da epidemia;
- Oferecer informações sobre o uso de drogas, sua relação com a vulnerabilidade à aids e as estratégias de enfrentamento da questão, entre elas a redução de danos;

- Incentivar o estabelecimento de contato permanente entre a escola e os serviços de saúde voltados para a prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis/ aids e uso de drogas;
- Promover o respeito aos direitos dos portadores do HIV e atitudes solidárias e de inclusão dos portadores do HIV e das pessoas com aids.

Tempo de duração: ± 12 horas

Seqüência de oficinas
Oficina 1 - Sexualidade em tempos de aids
Oficina 2 - Outras doenças sexualmente transmissíveis (além da aids)
Oficina 3 - Aids e direitos
Oficina 4 - Drogas psicoativas
Oficina 5 - Redução de Danos
Oficina 6 - Discriminação X Solidariedade
Oficina 7 - Planejando atividades para o trabalho em grupos.

Oficina 1 - Sexualidade em tempos de aids

Objetivos

- Refletir sobre os impactos da aids na vida pessoal e profissional dos participantes;
- Resgatar conhecimentos e idéias sobre a aids;
- Aprofundar conhecimentos para o trabalho educativo voltado para a prevenção da aids.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: caixa com os nomes de todos os participantes do grupo; folhas de papel para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa, lousa e giz; cópias do texto de apoio, outros materiais que contenham fontes de informação sobre a temática.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e promove uma rodada de aquecimento para o trabalho com a temática, a partir das seguintes questões:

- Você se preocupa com a aids? Por que?
- Você considera que a epidemia da aids mudou, de alguma forma, a sua própria vida?
- Você acha que a epidemia de aids está afetando muito a nossa comunidade?
- Você acredita que os projetos realizados nos serviços de saúde e nas escolas geraram mudanças na situação de vulnerabilidade dos adolescentes e jovens da comunidade?

- Para este aquecimento, vai sorteando, da caixa, nomes de 3 pessoas para responder cada uma das perguntas. Ao final, abre uma rodada de comentários sobre as questões colocadas, para a livre expressão dos participantes;

- Concluída essa fase, orienta a formação de quatro subgrupos e distribui os seguintes temas, para a realização de um seminário:

- Grupo 1: Formas de transmissão do HIV / Como não se transmite
- Grupo 2: Formas de prevenção
- Grupo 3: Tratamento para portadores do HIV
- Grupo 4: Diferença entre ser portador do HIV e ter aids (incluindo janela imunológica e controle da infecção para evitar o desenvolvimento da doença)

- O facilitador estabelece, junto com os participantes, o tempo a ser destinado para a preparação e para a apresentação de cada um dos temas do seminário;
- Realiza-se o seminário e o facilitador destaca que muitas pesquisas estão sendo realizadas nesse campo, razão pela qual a atualização constante é essencial para a prevenção.

Texto de apoio

HIV & AIDS - SAIBA MAIS !

Quais são as formas de transmissão do HIV?
As formas de transmissão são: sexual, sangüínea e perinatal. A transmissão pode acontecer por meio de:

* Relação sexual com pessoa infectada pelo HIV sem o uso da camisinha feminina ou masculina (sexo oral, sexo vaginal e sexo anal);
* Contato com sangue (e seus derivados) contaminado pelo HIV em transfusões;
* Contato com objetos pontudos e cortantes como agulhas, seringas e instrumentos com resíduo de sangue contaminado pelo HIV;
* Uso de seringa compartilhada por usuários de droga injetável;
* Transmissão vertical (da mãe infectada para o filho), na gestação, no parto, na amamentação.

As formas de prevenção estão ligadas às práticas seguras tais como:

* Negociar e usar corretamente a camisinha em relações sexuais com penetração;
* Ter relações sexuais sem penetração;
* Não compartilhar seringas e agulhas;
* Utilizar seringas esterilizadas, caso use drogas injetáveis.

A prática das seguintes atividades não faz com que o sangue, o sêmen, ou as secreções vaginais de uma pessoa entrem em contato com o sangue de outras pessoas, nem que ocorra a transmissão do HIV: masturbar-se, massagear-se, roçar-se, abraçar-se, fazer carícias genitais.

Como a infecção pode ser evitada?
Usando camisinha (feminina ou masculina) corretamente, em todas as relações sexuais.

O que significa sexo seguro ou sexo protegido?
Praticar sexo de forma segura ou protegida é adotar o uso adequado do preservativo. O uso correto e constante da camisinha na relação sexual previne contra o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). A relação sexual com uso de preservativo é chamada de “sexo protegido”.

Embora apenas um pequeno número de pessoas tenha contraído HIV por estes meios, as práticas seguintes apresentam risco:·
* Felação (introdução do pênis na boca);
* Sexo oral vaginal (boca na vagina);
* Sexo oral anal (boca no ânus).

As seguintes práticas representam, sem dúvida, alto risco, se realizadas sem preservativo:
* Sexo anal (introdução do pênis no reto);
* Sexo vaginal (introdução do pênis na vagina);
* Qualquer prática sexual que cause sangramento;
* Esperma ou sangue levado à boca durante sexo oral-genital.

Quais são os meios de se prevenir da aids?
A única barreira comprovadamente eficaz contra a transmissão sexual do HIV é o uso adequado da camisinha, masculina ou feminina. O uso correto, em todas as relações sexuais, pode reduzir substancialmente o risco de transmissão do HIV e de outras DST. O uso regular da camisinha leva ao aperfeiçoamento da técnica de utilização, reduzindo a freqüência de ruptura e escape, aumentando sua eficácia. Se a camisinha se romper deve-se interromper a relação sexual e lavar imediatamente os órgãos genitais.

Ter um pacto de fidelidade com o parceiro – ou parceira - é uma boa forma de prevenir a aids?
Nesse caso é preciso contar com a camisinha, além do pacto, para garantir a prevenção. Muitos casais fazem esse tipo de pacto mas o que se verifica, na prática, é que as relações mais inesperadas (e fora da relação regular) podem trazer mais dificuldade no uso do preservativo. Além disso, uma das pessoas do casal pode manter o pacto e a outra não. Vale observar que muitas mulheres que estão com HIV só tiveram um parceiro sexual em toda a vida. Além disso, especialmente entre adolescentes, o pacto de fidelidade pode durar enquanto dura o relacionamento, que é seguido de outro. Assim, os adolescentes podem acabar tendo vários parceiros – ou parceiras, mesmo que seja um de cada vez.

Como se previne a transmissão do HIV da mãe para o filho?
O risco pode ser reduzido em até 67% com o uso do AZT durante a gravidez, no momento do parto e com a administração da droga ao recém nascido por 6 semanas, sempre com orientação médica. A transmissão pelo leite materno pode ser evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano processado em bancos de leite, que realizam aconselhamento e triagem das doadoras.

Como se prevenir do HIV quando se usa drogas injetáveis?
Os riscos de uma pessoa infectar-se por meio do uso de droga injetável (pelo HIV ou por outro agente de doença) estão relacionados à forma como a droga é utilizada, ou seja, pelo compartilhamento de seringas e agulhas. O que podemos fazer efetivamente? Certamente não vamos resolver esse problema dando uma aula sobre os malefícios das drogas. O que nos resta é tentar convencer as pessoas que usam drogas injetáveis a usar preservativo e, se possível, disponibilizá-lo ao casal, com um forte apelo para que o utilizem. O mesmo vale para a seringa. Não se pode esquecer, também, que uma pessoa alterada pelo uso de qualquer droga psicotrópica, inclusive o álcool, pode dar menos valor aos cuidados de proteção e ao sexo seguro.

O HIV pode penetrar pela pele?
Não. A pele serve normalmente como barreira. Mas é importante lembrar que essa barreira pode ser quebrada, quando acontecem cortes, escoriações, úlceras, feridas, sangramento.

O HIV pode ser transmitido pela tosse ou espirro?
O HIV não é transmitido por tosse, espirro, alimentos, piscinas, toalhas, assentos sanitários, animais caseiros, mosquitos e outros insetos.

Tomar água no copo ou comer com os mesmos talheres de um portador do HIV é perigoso?
Não. Podemos tomar água ou qualquer bebida no mesmo copo de uma pessoa que tem aids porque a saliva não transmite o vírus. Também podemos comer com os mesmos talheres e pratos de uma pessoa com aids.

Há risco em dormir (sem transar) com uma pessoa que estiver com o vírus?
Não há risco. Dormir na mesma cama, compartilhar os mesmos lençóis de uma pessoa com aids não infecta, porque o vírus não passa através de objetos.

Mosquitos e insetos transmitem o HIV?
Há provas de que o HIV não é transmitido por mosquitos ou outros insetos, como pulgas, piolhos, percevejos que possam estar presentes na residência de doentes com aids. Sabe-se que o HIV vive em algumas células do organismo humano mas que não vive nas células dos insetos que, portanto, não podem ser hospedeiros do HIV.

Quando as pessoas devem fazer o teste do HIV?
Todas as pessoas com dúvidas se estão ou não infectadas pelo HIV ou que se expuseram a situações de risco de infecção devem realizar o teste sorológico anti-HIV. Apesar dos grandes avanços científicos no diagnóstico e no tratamento, a decisão de fazer ou não o teste é sempre uma situação difícil, em função das responsabilidades e conseqüências psicológicas, sociais e éticas que o seu resultado implica para o indivíduo. O preconceito e a discriminação que ainda imperam em nossa sociedade em relação aos portadores de HIV/aids afastam muitas pessoas da possibilidade e dos benefícios de um diagnóstico precoce da infecção e do tratamento. Em muitos casos isso contribui para a manutenção da cadeia de transmissão do vírus.

Como saber se tenho o HIV?
Os exames disponíveis para o conhecimento do "status" sorológico são realizados a partir do sangue e identificam a presença de anticorpos anti-HIV, que são células de defesa do nosso organismo especificamente contra o HIV. Ou seja, os resultados dos exames informam se uma pessoa já teve contato com o vírus ou não. É importante esclarecer que não existem exames que identificam se uma pessoa tem aids ou não. O fato de uma pessoa ser portadora de HIV não significa, necessariamente, que ela tem aids, mas, simplesmente, que poderá ou não desenvolver a doença. Quanto mais cedo uma pessoa ficar sabendo que é portadora do vírus mais chance ela tem de prevenir o aparecimento das doenças oportunistas que caracterizam a aids.

Onde podemos fazer o teste e buscar aconselhamento?
Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro de normas e princípios que não ferem os direitos humanos e garantem a realização voluntária da sorologia anti-HIV, o Programa Nacional de DST/Aids vem promovendo,

em conjunto com estados, municípios e universidades, a implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs). Os CTAs são unidades de saúde que oferecem gratuitamente o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. Além dos CTAs, muitos municípios estão desenvolvendo esta prática na rotina nas unidades básicas de saúde (UBS), possibilitando acesso mais amplo da população brasileira ao aconselhamento e realização do teste. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas destes serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos são encaminhados a unidades de saúde de referência para assistência e acompanhamento permanentes.

Qualquer exame de sangue mostra se uma pessoa está infectada com o HIV?
Não. Num exame de sangue comum, como o hemograma, não é possível saber se a pessoa está com o HIV. Para a pessoa saber se está infectada ou não é preciso que ela faça um exame de sangue específico para o HIV.

Quais são os exames anti-HIV mais usados?
Os testes mais comuns para detectar anticorpos contra o HIV utilizam uma técnica denominada ELISA (ensaio imuno enzimático). Existem outras técnicas que são menos utilizadas ou realizadas apenas para confirmar o resultado do ELISA, que são o Western-Blot e a imunofluorescência indireta para HIV.

Recentemente foi desenvolvido outro teste chamado Teste Rápido, que fornece o resultado em um tempo inferior a 30 minutos, por meio da coleta de uma gota de sangue da ponta digital. Este tipo de teste não requer laboratório para a sua realização.

As pessoas que já tem o diagnóstico da infecção pelo HIV devem realizar exames de sangue para avaliar a imunidade e sua carga de vírus, identificando quando é necessário receber tratamento antes mesmo do aparecimento de sintomas, garantindo, com isso uma boa qualidade de vida. Tais exames são a contagem de Linfócitos T CD4 (verifica o dano imunológico sofrido) e a carga viral (demonstra a contagem de vírus no sangue). Para realizar o exame de contagem da carga viral, que é a quantidade de HIV existente no sangue, utiliza-se uma técnica denominada PCR (reação de cadeia de polimerase). Estes exames também são necessários para monitorar o tratamento das pessoas infectadas com HIV ou já doentes de aids.

O que é o "período da janela imunológica"?
Corresponde ao tempo que o organismo leva para produzir, depois da infecção, uma certa quantidade de anticorpos que podem ser detectados pelos exames de sangue específicos. Para o HIV, esse período é de quatro semanas e, em algumas circunstâncias, muito raras, pode ser mais prolongado. Isso significa que se um teste para anticorpos de HIV é feito durante o "período da janela imunológica", é provável que dê um resultado falso-negativo, embora a pessoa já esteja infectada pelo HIV e já possa transmiti-lo a outras pessoas. Quando o teste é realizado em período de "janela imunológica" (logo depois da exposição) e o resultado é negativo, a pessoa deve repetir o teste dentro de dois meses. Caso a pessoa tenha sido infectada, os anticorpos se desenvolverão durante esse período. Para que o resultado seja confiável as pessoas devem evitar práticas desprotegidas durante esses dois meses. Aliás, devemos evitar sempre, não é mesmo?

Quais são as vantagens de se fazer o teste para o HIV?
Independente se o resultado for positivo ou negativo, é sempre bom conhecer a própria condição sorológica, o que pode contribuir para que você adote medidas de proteção.

Se você estiver infectado com o HIV:

* Poderá receber tratamento precoce e viver mais tempo com melhor qualidade de vida;
* Poderá usar novos medicamentos, à medida que forem sendo descobertos;
* Poderá informar seu(s) parceiro(s) de que você tem o HIV evitando que seja(m) infectado(s);
* Poderá decidir não doar sangue ou outros tecidos;
* Poderá desenvolver um bom sistema de apoio emocional para melhor enfrentar a doença.

O que é aconselhamento?

É uma prática utilizada pelos profissionais de saúde que consiste em uma relação de escuta e confiança entre um profissional de saúde e a pessoa que o procura no serviço de saúde. Hoje em dia recomenda-se que todos os serviços de saúde tenham profissionais habilitados para oferecer atividades de aconselhamento aos usuários. Especialmente no âmbito das DST e HIV/aids, o processo de aconselhamento tem três componentes:

* Apoio emocional;
* Componente educativo, que envolve trocas de informações sobre DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
* Avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco.

Adaptado de : www. adolesite.aids.gov.br

Comentário

- O texto de apoio deve ser sempre atualizado, no site da internet www.aids.gov.br ou em outras fontes de informação fidedignas.

Oficina 2 - Outras doenças sexualmente transmissíveis (além da aids)

Objetivos

- Adquirir conhecimentos sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a respeito da importância da busca de tratamento médico;
- Aprofundar conhecimentos para a realização do trabalho educativo voltado para a prevenção e tratamento precoce das doenças sexualmente transmissíveis.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: lousa e giz.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador pergunta para todos os participantes quais doenças sexualmente transmissíveis conhecem, além da aids, e seus sinais (o que se pode observar) e sintomas (o que a pessoa sente);

- Anota no quadro todos os sinais e sintomas mencionados pelos participantes do grupo;
- Organiza-se a leitura coletiva do texto de apoio, interrompendo para esclarecimentos e comentários, sempre que necessário;
- Encerra-se a oficina com uma rodada de comentários e, se necessário, listagem de questões para aprofundamento do tema.

Texto de apoio

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual sem uso da camisinha com uma pessoa que esteja infectada. Geralmente manifestam-se por meio de sinais como feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Atualmente, a suspeita de uma DST é feita a partir de uma abordagem chamada sindrômica, isto é, que leva em conta a presença de um ou mais sintomas (como coceira, verrugas, ardor ao urinar, feridas, dor na parte baixa da barriga, corrimento etc.). Todas as DST têm tratamento e, com exceção da aids, todas têm cura, mas precisam ser tratadas com medicamentos de tipos diferentes. Por isso o uso de medicamentos comprados na farmácia, embora seja um hábito comum, muitas vezes apenas contribui para mascarar os sinais e sintomas dessas doenças, dificultando o diagnóstico e o tratamento. Algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até para a morte.

Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução. Outras, contudo, têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora dos sintomas iniciais. As mulheres, em especial, devem ser bastante cuidadosas, já que, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo. É importante ressaltar que algumas DST também podem ser transmitidas da mãe para o bebê, durante a gravidez ou na hora do parto. Podem provocar a interrupção espontânea da gravidez ou causar graves lesões ao feto. Outras DST podem ser transmitidas por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas.

O tratamento tem como principal objetivo interromper a cadeia de transmissão da doença. O atendimento e o tratamento de DST são gratuitos nos serviços de saúde do SUS. As DST são o principal fator facilitador da transmissão sexual do vírus da aids, pois feridas nos órgãos genitais favorecem a entrada do HIV. O uso de preservativos em todas as relações sexuais é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão, tanto das DST quanto do vírus da aids.

Equipe de elaboração do curso

Oficina 3 - Aids e direitos

Objetivos

- Conhecer os direitos dos portadores do HIV e da aids;
- Identificar estratégias para garantir os direitos dos portadores do HIV e da aids.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: cópias da Portaria Interministerial nº 796/92, informações sobre direitos dos portadores do HIV e da aids atualizadas, coletadas no endereço do Programa Nacional de DST e Aids na Internet.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta para o grupo a seguinte situação: "Raquel tem 15 anos e é portadora do HIV. Ao fazer sua matrícula na escola, sua mãe decide contar isso à diretora. Na primeira reunião com os professores, a diretora informa que a escola estará recebendo uma aluna que tem aids, identificando-a para todo o grupo. O grupo fica preocupado e começam a ser feitos comentários sobre o assunto na escola. Alguns pais de alunos ficam sabendo e exigem que a direção se posicione contra a permanência desta criança na escola, por oferecer riscos às outras crianças.";
- O facilitador propõe aos participantes que procurem indicar possíveis soluções para a situação apresentada, debatendo no grupo as propostas sugeridas;
- Ao final da discussão, o facilitador informa que um caso semelhante ao de Raquel gerou uma mobilização da sociedade civil e despertou as autoridades para a promulgação de uma Portaria Interministerial – Saúde e Educação, que estabelece os direitos dos portadores do HIV no âmbito da escola. Distribui cópias da Portaria para os participantes. Dada a extensão do texto, poderá feita a leitura conjunta de alguns trechos previamente selecionados;
- Sugere-se aos participantes que consultem o endereço do Programa Nacional de Aids, que contém inúmeras informações sobre os direitos dos portadores do HIV e da aids.

Texto de apoio

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 796, DE 29 DE MAIO DE 1992

Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso das atribuições que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso IV da Constituição Federal, e considerando o dever de proteger a dignidade e os direitos humanos das pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV);
Considerando que têm ocorrido injustificadas restrições a esses direitos no País;
Considerando que não foi documentado nenhum caso de transmissão mediante contatos casuais entre pessoas em ambiente familiar, social, de trabalho, escolar ou qualquer outro;
Considerando que a educação é direito constitucionalmente;
Considerando que a ampla informação sobre a infecção pelo HIV é estratégia para eliminar o preconceito contra portadores e doentes e essa medida é essencial para controle da infecção;

Considerando que a limitação ou violação de direitos constitucionais à saúde, à educação e ao trabalho de pessoas infectadas pelo HIV não se justificam, resolvem:

Art. 1º - Recomendar a observância das seguintes normas e procedimentos:
I - A realização de teste sorológico compulsório, prévio à admissão ou matrícula de aluno, e a exigência de testes para manutenção da matrícula de sua freqüência nas redes pública e privada de ensino de todos os níveis, são injustificadas e não devem ser exigidas.
II - Da mesma forma não devem ser exigidos testes sorológicos prévios à contratação e manutenção do emprego de professores e funcionários, por parte de estabelecimentos de ensino.
III - Os indivíduos sorologicamente positivos, sejam alunos, professores ou funcionários, não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção, a funcionários ou a qualquer membro da comunidade escolar.
IV - A divulgação de diagnóstico de infecção pelo HIV ou de aids de que tenha conhecimento qualquer pessoa da comunidade escolar, entre alunos, professores ou funcionários, não deve ser feita.
V - Não deve ser permitida a existência de classes especiais ou de escolas específicas para infectados pelo HIV.

Art. 2º - Recomendar a implantação, onde não exista, e a manutenção e ampliação, onde já se executa, de projeto educativo, enfatizando os aspectos de transmissão e prevenção da infecção pelo HIV e aids, dirigido a professores, pais, alunos, funcionários e dirigentes das redes oficial e privada de ensino de todos os níveis, na forma do anexo.
§ 1º - O projeto educativo de que trata o caput deste artigo deverá ser desenvolvido em todos os estabelecimentos de ensino do País, em todos os níveis, com participação e apoio dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde.
§ 2º - Os conteúdos programáticos do projeto educativo deverão estar em consonância coms diretrizes do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde.
§ 3º - Os resultados do projeto educativo serão avaliados pela Coordenação do Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids e seus relatórios encaminhados periodicamente aos Ministros da Educação e da Saúde.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOLDEMBERG
Ministro da Educação
ADIB JATENE
Ministro da Saúde

ANEXO - AIDS NAS ESCOLAS

I. INTRODUÇÃO

Há preocupação legítima por parte de pais, professores, funcionários e até das próprias crianças, em escolas de primeiro grau, quanto a eventuais riscos de transmissão do vírus da aids no ambiente escolar. Os mecanismos de transmissão, permitem, com grande margem de certeza, qualificar como desprezível o perigo no que se refere às crianças

que ainda não iniciaram atividade sexual ou encontram-se em idades nas quais o uso de drogas pela via endovenosa é muito pouco freqüente: o vírus da aids (HIV) é transmitido através do sangue, do relacionamento sexual e de gestante infectada para seu filho. Não há nenhum caso rigorosamente documentado, no mundo, de propagação no convívio escolar, sem a interveniência do uso de drogas ou do contato sexual. A literatura médica é consensual no sentido de que a convivência com o indivíduo portador do vírus da aids, no âmbito familiar, ou em lugares de trabalho, clubes, escolas e outras comunidades sociais, afigura-se plenamente admissível. Observações decorrentes do que vem sucedendo em alguns países, há pelo menos cinco anos, atestam a inocuidade desses tipos de convívio.

Medidas habituais de higiene, inclusive nos sanitários de uso comum, devem ser respeitadas.

Situações nas quais pessoas podem se expor a sangue de contaminados, tendo igualmente lesões de tegumento cutâneo, oferecem riscos potenciais. Todavia, elas não são mais freqüentes nas escolas do que na vida civil de um modo geral, já que acidentes acontecem em todos os locais onde têm lugar atividade humana.

Outras infecções, além da provocada pelo HIV, podem ser transmitidas pelo sangue. A Hepatite, pelo vírus B, por exemplo, nunca mereceu destacada atenção e nem causou episódios de pânico e discriminação, o que mostra não ser racional nem uma coisa nem outra, quando está em foco a aids.

Diante desses fatos, é judicioso que as escolas do primeiro grau preparem-se para implantação de precauções pertinentes ao sangue, envolvendo todos os alunos, sem nenhuma preocupação com informações advindas de exames sorológicos. Qualquer ocorrência precisa ser manuseada com cuidado, para que o sangue não entre em contato com quem presta atendimento, e isso implica no uso de luvas descartáveis. O sangue deixado no lugar requer cobertura com álcool a 70%, por dez minutos, ou hipoclorito de sódio 1% (ver item IV - superfícies não corpóreas), igualmente durante dez minutos, para inativar possíveis vírus presentes, só devendo ser removido depois da adoção desta providência. São essas, aliás, as normas seguidas por médicos e seus colaboradores em tarefas assistenciais, assim como por barbeiros, policiais e outros profissionais que não raramente podem ter contato com sangue, em virtude das exposições a que ficam sujeitos. Secreções e excreções (saliva, suor, lágrima, fezes e urina), excluídos o sangue, esperma e secreções vaginais, não geram risco palpável, inexistindo relatos de contaminação por intermédio delas. Precauções simples e rotineiras de higiene em relação às secreções ou excreções, nas escolas e em quaisquer outras situações de convivência, são suficientes para eliminar qualquer risco, mesmo teórico, de contaminação.

As precauções indicadas nesta instrução possuem da mesma forma o valor de prevenir outras moléstias potencialmente transmissíveis por sangue, além de infecção pelo HIV; não dependem de custosos investimentos ou de materiais complexos, estando ao alcance de qualquer escola.

Os tópicos subseqüentes procuram responder questões gerais e específicas que surgem com freqüência no âmbito das escolas.

II - SITUAÇÕES GERAIS

1 - É segura a convivência com pessoas infectadas pelo vírus da aids na comunidade escolar?
Sim. O vírus da aids não é transmitido pelo contato casual cotidiano. O HIV (vírus da aids) é mais freqüentemente transmitido através de relações sexuais e pelo uso comum de agulhas e seringas infectadas. Estas atividades são obviamente proibidas nas escolas.

2 - Segundo o Ministério da Saúde, os indivíduos infectados não estão obrigados a informar sobre sua condição à direção. Caso isto ocorra, qual deve ser o procedimento da Direção da Escola?
Por intermédio da pessoa ou da família, em se tratando de menor, contactar confidencialmente o médico assistente e/ou autoridade de saúde pública para verificar se é necessária a adoção de cuidados especiais para preservação da saúde do indivíduo em questão.

III - SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

1 - MORDIDAS
Após ter sido exaustivamente pesquisado, conclui-se que mordeduras não constituem meio de transmissão do HIV.

Embora o vírus da aids tenha sido isolado na saliva, isto ocorreu com muito pouca freqüência. Além do mais, há evidências de que a saliva pode bloquear a ação infectante do HIV.

No entanto, o risco teórico pode existir. Por risco teórico deve se entender "algo que nunca ocorreu e é improvável que venha a ocorrer". Portanto, a transmissão do HIV através de mordeduras não deve ser motivo de preocupação na comunidade escolar.
Em relação ao mordedor "contumaz" recomenda-se a busca de orientação profissional adequada, por tratar-se de distúrbio de comportamento e não por significar risco de transmissão do HIV.

2 - LIMPEZA APÓS ACIDENTES
A perda de controle orgânico, em decorrência de acidentes, pode provocar vômitos e a liberação de fezes e urina. Embora o vírus da aids tenha sido isolado destas excreções, bem como de secreção nasal, o risco de transmissão por estas vias inexiste. Com relação a limpeza de sangue e outros fluidos corporais ver uso de precauções universais (item IV - ferimentos).

IV - CONTROLE DE INFECÇÕES

1 - Como os fluidos corpóreos podem ser manipulados na comunidade escolar para prevenir a infecção pelo HIV?
Como dito anteriormente, não existe nenhuma evidência da transmissão do HIV através de vômitos, saliva, secreção nasal, fezes ou urina. Entretanto, estes fluidos podem transmitir outras infecções como hepatite A. Por esta razão recomenda-se a adoção dos seguintes procedimentos:
O uso de luvas de látex ou papel toalha para limpeza da criança.
Lavar as mãos com água e sabão após o atendimento de cada criança.
Desinfectar superfícies ou áreas contaminadas.

2 - Qual o risco da transmissão do HIV através da exposição ao sangue?
O risco, embora pequeno, existe nas seguintes condições:
a) ferimentos com instrumentos perfuro cortantes contaminados. Para que isto ocorra é necessário que haja corte ou perfuração de outrem ou que haja contato imediato do instrumento com mucosa ou pele lesadas. Mesmo assim, a quantidade de sangue introduzido deverá ser grande para significar risco.
b) Contato direto do sangue com mucosa ou pele lesadas.

3 - Quais são as precauções?
Ferimentos
- Usar luvas de látex para manipulação de sangue em geral.
- Lavar o local do ferimento com água e sabão.
- Cobrir com curativo.
- Encorajar a criança a tomar as primeiras iniciativas, como comprimir o local do ferimento com gaze ou papel toalha, enquanto aguarda atendimento.

Superfícies não corpóreas
- Cobrir a superfície com álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1%10 durante 10 minutos.
- Limpar o local com pano embebido em desinfetante.
- Hipoclorito de sódio de 1% é = 1 parte de água para 4 partes de água sanitária ou água de Lavadeira (Q-BOA, Cândida ou similares).

V - SOROLOGIA

Não existe indicação médica para triagem sorológica de estudantes ou funcionários de escolas, nem para admissão, nem para manutenção de matrícula e/ou emprego.

VI - CONFIDENCIALIDADE

Em nenhuma hipótese os resultados de teste anti-HIV, eventualmente realizados, poderão ser divulgados. Aqui, como em qualquer outra situação relacionada a esta Síndrome, a privacidade do indivíduo e da família deve ser sempre respeitada. A perda do sigilo, como já ocorreu, pode levar a preconceitos, com rejeição ou isolamento, acarretando sérios problemas para o indivíduo e sua família. Assim, qualquer informação sobre o estado clínico ou laboratorial deve ser estritamente confidencial. Em casos específicos de indivíduos com sintomatologia, caberá ao médico assistente ou autoridade sanitária, estabelecer as medidas de proteção ao indivíduo e à comunidade escolar. Em algumas situações, definidas pelos profissionais de saúde, poderá ser necessário que pessoas da escola saibam da condição do infectado. Por exemplo, em casos de necessidade de medicação específica, de ausências para tratamento, e na eventualidade de algum surto de doenças infecto-contagiosas na escola (ex.: catapora, sarampo) que poderá exigir medidas de proteção à criança portadora do HIV.

Existe risco para a comunidade escolar quando uma criança, quer seja positiva ou negativa para o vírus da aids, desenvolve doenças como tuberculose ou meningite. Nestes casos, mas só nestes casos, recomenda-se o afastamento temporário.

[10] Hipoclorito de Sódio de 1% corresponde a uma parte de água para quatro partes de água sanitária ou água de lavadeira.

Oficina 4 - Drogas psicoativas

Objetivos

- Adquirir informações científicas sobre as drogas psicotrópicas usadas atualmente em nossa sociedade;
- Refletir e trocar experiências sobre a situação dos adolescentes e jovens que vivem no território, com relação ao uso de drogas;
- Elaborar propostas para trabalhar a questão do uso indevido de drogas, de acordo com a realidade da comunidade escolar.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: folhas de papel para a elaboração de cartazes, canetas de ponta grossa, fita adesiva, cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e pede aos participantes que relatem uma "situação problema" relacionada ao uso de drogas já vivida na escola ou no serviço de saúde, que é anotada na lousa;
- Os participantes devem tomar em conta o conceito de vulnerabilidade para descrever a situação, de forma a oferecer elementos para a identificação de possíveis ações voltadas para a superação do problema. O facilitador lembra também as drogas lícitas, como cigarro e álcool e remédios, procurando incentivar e negociar a construção de situações que envolvam o uso de drogas diferentes;
- O facilitador solicita aos participantes para consultar o texto de apoio e buscar subsídios para a proposição de ações de proteção às pessoas vivendo na situação descrita e à sociedade na qual elas vivem. Para orientar esta fase do trabalho, apresenta as seguintes questões:

- Quais devem ser as finalidades da ação profissional, na situação descrita?
- É possível identificar alguma ação conjunta dos profissionais e serviços públicos e organizações da sociedade civil que poderão contribuir, em nossa realidade, para prevenir a ocorrência desse tipo de situação?
- Como os participantes podem atuar para que as pessoas que fazem uso abusivo de drogas psicoativas tenham acesso a formas de apoio e inclusão social?

- O facilitador anota na lousa as propostas comuns e divergentes, procurando fomentar o debate quanto às propostas que podem ser concretizadas no território de atuação dos participantes do grupo.

Comentário

- Durante toda a oficina, especialmente no momento da construção da "situação problema", é essencial que o facilitador promova ativamente a distinção entre as situações fantasiosas sobre uso e comércio de drogas psicoativas, (apoiadas em preconceitos, desinformação e/ou em noticias veiculadas na mídia) e aquelas situações de fato pertinentes às realidades dos profissionais, inclusive na escola e no serviço de saúde, que envolvem adolescentes e jovens junto aos quais poderão atuar com vistas a promover a prevenção, a proteção e a inclusão social.

Texto de apoio

AS DROGAS TORNAM-SE MERCADORIAS MUITO RENTÁVEIS

As substâncias que geralmente chamamos de drogas são, na realidade, as drogas psicotrópicas ilegais. As drogas psicotrópicas, em geral, tornam-se atrativas por atuar no cérebro, modificando a maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir de quem as consome.

Os registros históricos mostram que, desde que o mundo é mundo, as pessoas procuram e utilizam substâncias que modifiquem o seu humor, suas sensações, seu grau de consciência e seu estado emocional. Na realidade, os seres humanos, em todas as culturas, contaram com substâncias capazes de alterar a forma de perceber a realidade, usadas em festas e rituais, de forma que as drogas psicotrópicas tinham o seu lugar bem definido e seu uso controlado e protegido pela sociedade. É só lembrarmos que, em nossa cultura, o brinde feito com bebidas alcoólicas é celebrado com desejos de "saúde"! Além do uso como fonte de prazer, sempre existiu o uso sagrado, mágico ou medicinal. A religião e a medicina foram duas fontes básicas de conhecimento das drogas psicotrópicas. Mais recentemente, entretanto, essas drogas passaram para um domínio bem diferente: o da produção e comércio em larga escala.

No mundo globalizado, não foi apenas o consumo do tabaco que se tornou um problema de saúde pública. Muitas outras drogas, legais ou ilegais, passaram a ser comercializadas em larga escala. "O conjunto das ramificações do narcotráfico (essencialmente heroína e cocaína) representa hoje, segundo estimativas internacionais, o terceiro volume de transações comerciais, ultrapassado apenas pelos negócios do petróleo e dos armamentos, com montantes calculados em bilhões de dólares." (Bucher 1996, p 85)
A legalidade ou a ilegalidade das drogas está mais relacionada a questões políticas e econômicas do que aos efeitos das drogas sobre a saúde. Vejamos alguns exemplos de mudanças nas leis relativas ao uso e à comercialização de drogas.

- No Brasil, no começo do séc XX, a cocaína era vendida livremente nas farmácias. Era usada principalmente pelos dentistas, para ser aplicada no local em caso de dor de dente, por seu forte efeito anestésico.
- A década de 1920 foi marcada por um rigoroso moralismo nos Estados Unidos. Nessa época, a venda e o consumo do álcool foram proibidos em todo o país por meio da chamada Lei Seca. Houve uma diminuição no consumo de bebidas alcoólicas, especialmente entre as pessoas com menos recursos para comprar bebidas no mercado paralelo. Mas o principal resultado foi a criação de milhares de pontos de venda clandestinos e o surgimento de poderosas quadrilhas (como a de Al Capone), que enriqueceram com o comércio ilegal de bebidas alcoólicas.
- Nos países em que a religião muçulmana é majoritária, como o Irã e a Arábia Saudita, o consumo de álcool é considerado um hábito imoral e terminantemente proibido, por motivos religiosos. Mas o uso de haxixe, por ser um hábito antigo (e não importado da cultura ocidental), é mais tolerado.
- Em função de suas propriedades terapêuticas, como alívio da ansiedade e da dor, a maconha passou a ser vendida em farmácias na Holanda, sob prescrição médica, a partir de setembro de 2003. Ela está sendo usada por algumas pessoas com epilepsia ou para ajudar a combater problemas digestivos causados por medicamentos anticâncer.
- O uso do tabaco é, comprovadamente, um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. No entanto, esta droga continua sendo legal.

Os Estados Unidos fornecem a maior parte do dinheiro destinado às campanhas antidrogas, principalmente para o controle da comercialização da cocaína e da maconha produzidas na América Latina. Da mesma forma, é de lá que vêm as mais caras propagandas de uísque e cigarro, cuja industrialização em larga escala está nas mãos das multinacionais. Entre todas as drogas, legais e ilegais, o álcool e o cigarro são as duas que causam, atualmente, os maiores impactos à saúde da população brasileira e da população mundial, em quantidade de doenças e de mortes.

O que é droga?

"A medicina define droga como sendo qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Por exemplo: uma substância ingerida contrai os vasos sanguíneos (modifica a função) e a pessoa passa a ter um aumento da pressão arterial (mudança na fisiologia). Outro exemplo: uma substância faz com que as células do nosso cérebro (os neurônios) fiquem mais ativas (modificam a função) e como conseqüência a pessoa fica mais acordada, perdendo o sono (mudança comportamental)." (Silveira 2000)

O abuso de drogas, atualmente, não está relacionado apenas às substâncias ilegais, mas também aos medicamentos, utilizados muitas vezes de forma desnecessária ou inadequada, com ou sem prescrição médica. O abuso de antibióticos está contribuindo para a geração de microrganismos resistentes, que não respondem mais aos medicamentos disponíveis. Essa é uma das causas de um novo crescimento da tuberculose. Em alguns casos, os medicamentos também são comercializados sem que tenham sido feitos testes necessários para comprovar sua eficácia e verificar os possíveis efeitos indesejados. Um exemplo foi o uso massivo de hormônios pelas mulheres no período da menopausa. A identificação dos efeitos indesejados, embora muito graves, ocorreu somente depois do uso desses medicamentos por milhares de mulheres do mundo todo, por mais de uma década.

Ao mesmo tempo, as patentes registradas por indústrias de medicamentos impedem que algumas drogas, essenciais para a sobrevivência de milhões de pessoas, sejam produzidas a preços mais acessíveis e em larga escala. Esse é o caso de alguns antibióticos novos e dos medicamentos utilizados no coquetel indicado para os portadores do HIV, o que está gerando uma grande polêmica internacional, da qual o Brasil participa ativamente.

Uso de drogas no Brasil

O primeiro Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil, realizado no ano de 2001 pela Secretaria Nacional Antidrogas, revelou que 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do país são dependentes de álcool (o que equivale a 5,2 milhões de pessoas), 9% são dependentes de tabaco (4,2 milhões de pessoas) e 1%, de maconha (451 mil). Para nenhuma das outras drogas ilegais o número de pessoas dependentes chegou a atingir 1% dos entrevistados.

O estudo mostrou também que 4% dessa população já faz algum tratamento para se livrar da dependência de drogas. Dos entrevistados, 6,9% declararam ter fumado maconha ao menos uma vez. Segundo o levantamento, 5,8% já experimentaram solventes; 4,3%, orexígenos (drogas que abrem o apetite); 2,3%, cocaína; 2%, xaropes e 1,5%, estimulantes.

O levantamento mostra que o Brasil não está vivendo uma "epidemia" de uso das drogas ilegais. As informações coletadas nesse tipo de levantamento ajudam a enfrentar de forma mais realista os problemas relacionados ao uso e ao tráfico de drogas.

Os efeitos das drogas psicotrópicas

Existem diversos tipos de drogas psicotrópicas. Todas elas causam mudanças na forma de sentir e compreender a realidade, mas essas mudanças variam de acordo com vários fatores:

- O tipo de droga;
- A quantidade de droga consumida;
- As características de quem usa a droga;
- As expectativas que a pessoa tem sobre os efeitos;
- A situação em que a droga é consumida, inclusive o estado emocional da pessoa naquele momento, o ambiente e o valor (positivo ou negativo) que a droga tem para cada grupo social.

Assim, cada tipo de droga, com suas características químicas, tende a produzir um tipo de efeito no organismo. Mas cada pessoa, de acordo com suas características pessoais e com a situação, pode ter reações diferentes.
Classificação das drogas psicotrópicas, segundo a maneira como atuam no cérebro:

- Drogas que diminuem a atividade mental, também chamadas depressoras porque fazem com que o cérebro funcione de forma mais lenta. Essas drogas diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual;
- Drogas que aumentam a atividade mental, consideradas estimulantes porque fazem com que o cérebro funcione de forma mais acelerada. A pessoa que usa fica elétrica, ligada e sem sono;
- Drogas que perturbam a atividade do cérebro, também chamadas alucinógenos. Provocam distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de forma desordenada, acontecendo delírios ou deformações na maneira de sentir e perceber o corpo e o mundo ao redor.

O que é tolerância?

Tolerância é a necessidade de aumentar progressivamente a dose da droga para conseguir o mesmo efeito. Isso acontece com alguns tipos de drogas como as anfetaminas, a cocaína, o álcool e os xaropes com codeína.

O que é dependência?

Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente). O dependente é a pessoa que não consegue controlar o consumo, agindo de forma impulsiva e repetitiva. As duas formas principais em que ela se apresenta são a dependência física e a dependência psicológica.

Texto elaborado mediante consulta à seguinte publicação:
Silveira, Dartiu Xavier, SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. Um guia para a família. Brasília: Presidência da República, Casa Militar, Secretaria Nacional Antidrogas, 2000.

Comentários

- Sempre existem ações possíveis, mas podem ser bastante diferenciadas de uma realidade para outra. Exemplificando: o projeto a ser desenvolvido em uma área controlada pelo tráfico de drogas ilegais deverá ser diferente do projeto a ser desenvolvido em uma realidade em que a questão das drogas envolva principalmente o uso intensivo de bebidas alcoólicas;
- Reconhecer os limites da atuação da escola e das demais instituições não diminui a importância de seu papel. Ao contrário, permite estabelecer objetivos mais claros e que possam ser cumpridos, ampliando a possibilidade de avaliação das ações realizadas.

Oficina 5 - Redução de danos

Objetivo

- Analisar o conceito de redução de danos e realizar um exercício de aplicação deste conceito.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: lousa e giz; cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta a seguinte situação: "Paulo tem 27 anos e só consegue ter relações sexuais satisfatórias depois que relaxa e bebe umas três cervejas. Tem uma namorada de quem ele gosta muito e com quem mantém relações regularmente. De vez em quando ele se reúne com os amigos, juntos eles tomam umas cervejas e depois saem de carro para paquerar. E, nesses programas, às vezes ele tem relações sexuais com outras pessoas."
- Propõe aos participantes que façam, em conjunto, um levantamento dos possíveis danos que podem acontecer à saúde de Paulo e das pessoas que convivem com ele, relacionados aos seus comportamentos relatados na situação, anotando esses possíveis danos na lousa;
- Ao término desse levantamento, coloca a seguinte questão: não sabemos se Paulo vai mudar esses comportamentos, nem quando isso poderá acontecer. De qualquer modo, não está ao nosso alcance promover uma mudança na vida dele. Mas podem estar ao alcance de Paulo, nesse momento, algumas medidas que reduzam possíveis danos à vida e saúde dele e das pessoas de suas relações. Quais seriam essas medidas? Que cuidados e medidas podem ser tomados por sua namorada, por sua família, por seus amigos etc., para que sejam reduzidos possíveis danos ao seu bem-estar?
- O facilitador anota as medidas apontadas pelo grupo na lousa e, ao término dessa rodada, propõe a organização de pequenos grupos para a leitura compartilhada do texto sobre redução de danos;
- Retoma, com o grupo inteiro, a situação e as medidas sugeridas, para que seja discutido, conjuntamente, se podem ser agregados cuidados adicionais;
- Como encerramento da oficina, o facilitador coloca para os participantes as seguintes questões:

- O conceito de redução de danos pode ser aplicado a situações que vivemos cotidianamente? Quais situações e quais medidas concretas são cabíveis?
- Como a compreensão desse conceito pode ajudar-nos a ampliar a eficácia de nossas ações educativas voltadas para a proteção de adolescentes e jovens contra as doenças sexualmente transmissíveis/aids e o uso indevido de drogas?

Comentário

- Podem ser citados muitos cuidados para a redução de danos, mas alguns, nessa situação, não podem deixar de ser mencionados, entre eles: uso da camisinha em todas as relações sexuais, por parte de Paulo e de sua namorada, assim como pelos colegas que saem com ele para paquerar; evitar dirigir depois de beber.

Texto de apoio

REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos surgiu como uma estratégia de saúde pública para reduzir, de forma prática e imediata, os problemas associados ao uso de drogas e suas conseqüências adversas. Começou a ser utilizada quando se percebeu que muitas pessoas não conseguiam parar de usar drogas, mas que isso não poderia continuar representando sua exclusão do sistema de atenção à saúde. A estratégia de redução de danos mais conhecida é a troca de seringas dos usuários de drogas injetáveis, para evitar que as seringas usadas sejam compartilhadas com outras pessoas e ocorra transmissão de doenças por via sanguínea.

Trata-se de uma medida de saúde pública voltada para minimizar as conseqüências danosas do uso de drogas sem, necessariamente, diminuir ou interromper o seu consumo. Reconhecendo a dificuldade da interrupção do consumo de drogas por uma pessoa dependente, a estratégia de redução de danos se apóia nas seguintes idéias:

* Sua condição de usuário de drogas é respeitada;
* Se você não consegue parar de usar drogas, seria bom que não usasse por via injetável;
* Se você não consegue parar de usar por via injetável, seria bom que não compartilhasse seringas e demais equipamentos de injeção com outras pessoas;
* Em quaisquer destas situações, os meios necessários para preservar a sua saúde estão sendo providos.

O uso e o abuso de drogas legais e ilegais podem gerar riscos à saúde muito graves, que afetam toda a sociedade. Mas vários mitos encobrem a realidade e só dificultam a superação desses problemas. Um exemplo é a falsa idéia de escalada das drogas. O uso de uma droga não leva a pessoa, fatalmente, a usar outras drogas, cada vez mais fortes e perigosas, fazendo com que a dependência e o tráfico sejam os únicos caminhos possíveis. A própria legislação brasileira passou a distinguir, a partir do ano de 2002, o usuário do traficante de drogas.

Outro mito a ser enfrentado é o da solução dos problemas por meio da eliminação completa das drogas. Não existem, em toda a história humana, sociedades conhecidas que não contem com nenhuma substância psicotrópica. Por isso, não é "coerente trabalhar com a hipótese de uma sociedade futura em que estas substâncias não tenham lugar ou função"(Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas, p. 646) pois não há nenhuma evidência de que seja possível abolir essa prática a curto prazo e no conjunto

da sociedade, evitando que algumas pessoas usem drogas de maneira prejudicial a si mesmas, à sua rede social ou à sociedade como um todo.

A compreensão de que não é possível "lavar as mãos" pois os problemas relacionados ao uso e abuso de drogas dizem respeito a toda a sociedade e às suas instituições, motivou o surgimento dos movimentos de redução de danos. Eles surgiram na Inglaterra, na década de 1920, mas só ganharam força com a iniciativa tomada pelas associações de usuários de drogas injetáveis na Holanda, no início da década de 80. A proposta de realizar troca de seringas surgiu em função dos altos índices de hepatites virais nessa população. Finalmente, a disseminação da infecção pelo HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis, suas parceiras e parceiros sexuais e entre as crianças nascidas desses relacionamentos, fez com que este movimento ganhasse alcance internacional.

As Nações Unidas estabeleceram, em setembro de 2000, uma "posição oficial" em relação à prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas. Essa posição reconhece a necessidade de se oferecer trabalho de campo e educação fora dos ambientes tradicionais de serviços, das horas de trabalho e de outras atividades convencionais, a fim de contatar grupos que não são alcançados pelos serviços existentes ou pela educação tradicional para a saúde. As Nações Unidas recomendam um conjunto abrangente de intervenções para prevenção do HIV entre usuários de drogas incluindo: educação sobre aids, capacitação para vida, distribuição de preservativos, aconselhamento e testes voluntários e confidenciais para HIV e aids, DST, hepatites e outras doenças relacionadas, acesso a agulhas e seringas descartáveis, coleta de agulhas e seringas utilizadas, encaminhamento a uma variedade de tratamentos, incluindo o tratamento da dependência química e, em algumas situações, acolhimento com oferta de abrigo e alimentos. Esse pacote completo deve ser implementado concomitantemente com atividades de prevenção ao abuso de drogas, especialmente entre jovens.

De acordo com documentos de referência elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em parceira com o Programa Conjunto da Organização das Nações Unidas sobre o HIV/aids (UNAIDS) e o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), é possível constatar que, em muitos países, o acesso ao tratamento da dependência química, assim como aos serviços de assistência e prevenção ao HIV/aids pela população de usuários de drogas injetáveis é limitado. Além disso, usuários de drogas ilícitas são normalmente marginalizados pelas comunidades e com freqüência tendem a evitar o contato com autoridades, em especial as agências de controle/repressão. Esta população evita freqüentar instituições públicas que oferecem tratamento e outros serviços, pois temem um cadastro como usuários de drogas ilícitas e envolvimento com a justiça ou, ainda, consideram que o modelo de tratamento para dependência química disponível não corresponde às suas necessidades.

Portanto, apesar da população de usuários de drogas ser uma das que mais poderia se beneficiar dos serviços de prevenção ao HIV/aids e de tratamento da dependência química é normalmente a que menos possui chances de utilizá-los. Por esta razão, os programas de prevenção ao HIV/aids entre usuários de drogas vêm sofrendo adaptações relevantes nas duas últimas décadas incluindo novas abordagens: em lugar de esperar que os usuários de drogas injetáveis procurem os serviços sociais e de saúde, esses serviços passaram a alcançar os usuários nos locais onde convivem e usam drogas.

No Brasil, a redução de danos é promovida pelo Ministério da Saúde para o enfrentamento da epidemia de aids entre usuários de drogas injetáveis. É desenvolvida conjuntamente

pelo Programa Nacional de DST/Aids, organizações internacionais e órgãos ligados ao Ministério da Justiça. Essa parceria é extensiva às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ONG e universidades. As ações desse projeto incluem: contato freqüente, informação e orientação sobre as DST/aids, trocas de seringas e agulhas e incentivo ao uso do preservativo nas relações sexuais. Diversas cidades brasileiras implantaram programas de redução de danos. Profissionais capacitados (redutores de danos) buscam ativamente as redes de interação social dos usuários de drogas injetáveis nos locais de uso e moradia, procurando atuar, em cada situação, de acordo com as relações de vulnerabilidade identificadas.

Embora sejam reconhecidas as restrições na livre escolha quando há dependência, os usuários de drogas injetáveis devem ser considerados capazes e podem desempenhar um papel importante no planejamento e na implementação de programas de prevenção da aids. A sua estigmatização só limita os esforços de prevenção, pois o trabalho dos usuários de drogas dentro de seus próprios grupos vem se destacando em muitas campanhas para evitar a disseminação do HIV.

Existem programas de redução de danos em andamento em vários países do mundo, sempre voltados para a proteção imediata das pessoas e do conjunto da população, diante dos riscos conhecidos e que podem ser prevenidos. Atualmente, conceito e as estratégias de redução de danos estão sendo aplicados na análise e no enfrentamento de questões tão diversas quanto a prevenção de acidentes, o manejo ambiental e os planos de defesa civil.

Texto elaborado com a colaboração do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC)

Oficina 6 - Discriminação X Solidariedade

Objetivos

- Identificar e debater as diferentes formas de discriminação presentes em nossa vida social;
- Reconhecer a importância do desenvolvimento de uma cultura solidária;
- Identificar possíveis formas de exercício da discriminação ou da solidariedade na vivência escolar.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: recursos para a elaboração e apresentação das cenas a serem dramatizadas.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e solicita aos participantes que formem quatro grupos para a elaboração de uma cena curta, a ser dramatizada, na qual o personagem central está sendo vítima de discriminação e preconceito:
- Grupo 1: pessoa portadora do HIV
- Grupo 2: pessoa usuária de drogas

- Grupo 3: pessoa negra
- Grupo 4: pessoa homossexual
- Os grupos elaboram e apresentam as cenas e abre-se uma roda para a livre expressão dos participantes sobre essa experiência. O facilitador coloca, para orientar o debate, as seguintes questões:

- Quais sentimentos são mobilizados quando discriminamos as pessoas?
- Quais sentimentos são mobilizados quando somos vítimas de discriminação?
- Das situações dramatizadas, qual é fonte de maior discriminação em nossa realidade?

- O facilitador organiza uma discussão sobre os significados da solidariedade e as possibilidades de atuação para o desenvolvimento de uma cultura mais solidária no âmbito das instituições de atuação dos participantes do grupo;
- Como encerramento da oficina, pergunta aos participantes como seria possível alterar as cenas apresentadas, de forma que expressassem solidariedade às pessoas que estavam sendo discriminadas.

Oficina 7 - Planejando atividades para o trabalho em grupos

Objetivo

- Analisar algumas atividades para o trabalho em grupos e planejar novas atividades educativas para o tratamento dos conteúdos estudados nessa unidade.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: cópias das Atividades e materiais para a elaboração e apresentação das atividades, anotações do facilitador e dos participantes do grupo, para avaliação da unidade.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador solicita aos participantes que formem três grupos para analisar algumas atividades propostas para o trabalho em grupos;
- Distribui cópia de uma das Atividades para cada grupo, pedindo aos participantes que analisem a atividade segundo os seguintes critérios:
- A atividade é apropriada para o trabalho com nossos adolescentes?
- Quais mudanças ou adaptações podem ser feitas?
- Em quais situações seria indicada sua realização?
- Quais materiais de apoio e estratégias complementares podem ser agregados?
- Essa atividade pode fazer parte de um projeto? Qual?
- Quais objetivos podem ser definidos para essa atividade?
- Que critérios podem ser utilizados para a avaliação do cumprimento dos objetivos definidos?
- Os subgrupos preparam uma apresentação de sua análise para todos, combinando-se previamente o tempo que será destinado para cada apresentação. Os subgrupos apresentam as suas atividades, as adaptações realizadas, e as respostas que deram às perguntas;

- Avaliam-se, coletivamente, as aprendizagens do grupo nesta unidade do curso, as necessidades de aprofundamento nos temas abordados e como esta unidade poderia ser aprimorada.

ATIVIDADES PARA O TRABALHO EM GRUPOS

Atividade 1 – Informações sobre Aids

- Formam-se quatro grupos. O coordenador cola em diferentes cantos da classe 4 folhas grandes, cada uma com um título e pede a cada grupo que se dirija para um dos cartazes.

Grupo 1: Aids - O que é
Grupo 2: Aids: - Como se transmite
Grupo 3: Aids – Tratamento
Grupo 4: Aids – Como prevenir

- Cada subgrupo terá 5 minutos para responder a questão;
- Após os 5 minutos, o coordenador dá um sinal para que os grupos possam trocar de cartaz, até que todos os grupos tenham contribuído com respostas para as quatro questões;
- Ao final, um participante de cada grupo lê as respostas;
- O coordenador vai esclarecendo conceitos incorretos e identificando as principais necessidades de aprendizagem do grupo.

Atividade 2 – Crenças e sentimentos em relação à aids

- O coordenador distribui as folhas de papel e pede aos participantes que façam, individualmente, um desenho sobre as idéias e sentimentos que têm em relação à aids;
- Formam-se grupos de cinco pessoas e o coordenador entrega para cada grupo uma folha de papel grande, canetas de ponta grossa e cola, pedindo que juntem seus desenhos, formando um único cartaz;
- Os grupos apresentam suas colagens e o coordenador abre uma roda de conversa sobre os sentimentos e idéias apresentados, estimulando o reconhecimento de que a epidemia diz respeito a todos e abordando os mitos e os fatos relacionados à epidemia da aids que surgirem nos cartazes.

Atividade 3- Fato ou boato?

- O coordenador apresenta o quadro e pede que, por votação, o grupo indique o que é fato ou boato. Ao final, as respostas são comentadas, com os esclarecimentos necessários.

Fatos ou boatos sobre como evitar transmitir e contrair DST		
	Fato	**Boato**
Alguns insetos podem transmitir o vírus da aids		x
Durante a amamentação a mulher não engravida		x
O preservativo é o método mais seguro para evitar, ao mesmo tempo, a gravidez e a aids	x	
Se a mulher não tiver orgasmo, ela não pega doenças sexualmente transmissíveis		x
Se o homem não ejacular na vagina da mulher, ele não transmite DST		x
Uma única relação sexual desprotegida pode ser suficiente para adquirir o HIV	x	
No uso de banheiros públicos, deve-se ter o cuidado para evitar as DST		x
Uma mulher que vive com o HIV pode transmiti-lo a um homem durante uma relação sexual	x	
Se uma pessoa mantém relações estáveis e duradouras, não tem nenhum risco de adquirir o vírus da aids		x
O uso de alicates e tesouras, na manicure, pode transmitir o HIV		x
A transmissão da aids no Brasil acontece principalmente por meio das relações entre homossexuais		x

Nota: A transmissão do vírus pode ocorrer em uma única relação, ou relações repetidas, com portadores do HIV e não por relações com vários parceiros diferentes (múltiplos parceiros), como se pensava inicialmente. Mas é necessário ter cuidado com esta afirmação pois isso pode levar as pessoas a pensarem que, após uma única relação com um portador do HIV, uma pessoa terá, inevitavelmente, adquirido o vírus.

Atividade 4- Campanha de prevenção do uso indevido de drogas

- Os participantes, reunidos em pequenos grupos, elaboram um cartaz para uma campanha de prevenção ao uso indevido de drogas para pessoas da sua idade (usando colagens, desenhos ou frases). O desafio é: a campanha deve conter mensagens consideradas positivas para a prevenção do uso indevido de drogas mas não pode mencionar diretamente as drogas ou a palavra droga. (Deve-se trabalhar apenas com a "prevenção inespecífica".)

UNIDADE 7
PLANEJAMENTO DE UMA AÇÃO LOCAL INTEGRADA

PLANEJAMENTO DE UMA AÇÃO LOCAL INTEGRADA

Introdução

A partir de 1988, quando foi promulgada a nova Constituição Brasileira, ocorreu uma implantação progressiva da descentralização das políticas e da gestão pública para os estados e municípios da Federação. Inicialmente muitos acreditaram que este caminho levaria, imediatamente, a uma integração das políticas no nível local, por força da proximidade física dos atores envolvidos e, principalmente, em função do controle social.

Avaliando alguns resultados alcançados, Junqueira (1997) argumenta que a descentralização abre uma possibilidade de alterar a gestão das políticas setoriais mas não garante a sua eficácia pois requer, também, a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações e a integração das políticas para responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território.

Sem dúvida quando os diversos setores, como saúde e educação, trabalham em conjunto, é possível identificar programas existentes, sobrepostos ou paralelos e assim aumentar a eficácia no uso de recursos e otimizar os resultados das ações. Entretanto, as parcerias intersetoriais trazem pouco avanço quando se resumem à negociação de tarefas e custos. Para avançar é preciso ter ousadia para inventar novas formas de planejar, executar e avaliar a prestação de serviços, valorizando as contribuições e responsabilidades dos diferentes setores e colocando o foco nas pessoas e grupos para os quais as políticas e ações são destinadas (Valadão 2004).

Na definição apresentada pela Organização Panamericana de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002), a intersetorialidade é o "processo no qual os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores".

Isso significa que, para concretizar a integração setorial é necessário adotar uma perspectiva integral para a explicação dos problemas, incorporando saberes produzidos em diferentes áreas. O resultado será muito maior do que uma simples soma dos conhecimentos e das ações de cada um dos setores envolvidos. Planejar, executar e avaliar as políticas, projetos e ações com o olhar voltado para a população (e não para "dentro" de cada serviço) leva a uma construção conjunta de conhecimentos e práticas que serão novos para todos os setores e profissionais envolvidos.

Finalidades

- Incentivar a valorização da ação educativa planejada e intencional no campo da prevenção das DST/aids;
- Oferecer elementos para que os participantes possam apropriar-se do instrumental necessário para participar ativamente da elaboração e implantação de projetos de trabalho intersetoriais;
- Promover a realização de um exercício de planejamento coletivo de uma ação local integrada voltada para a prevenção das DST/aids entre adolescentes e jovens escolarizados.

Tempo de duração: ± 12 horas

Seqüência de oficinas

Oficina 1 – Escola/Serviço de Saúde/Família: a quem cabe a responsabilidade pela educação em sexualidade?
Oficina 2 - Articulação Saúde/Educação
Oficina 3 - Ação no território e intersetorialidade
Oficina 4 - Avaliar o quê Quando? Como? Por quê?
Oficina 5 - Planejando uma Ação Local Integrada (Parte A)
Oficina 6 - Planejando uma Ação Local Integrada (Parte B)
Oficina 7 - Avaliação do curso

Oficina 1 - Escola / Serviço de Saúde / Família: a quem cabe a responsabilidade pela educação em sexualidade?

Objetivos

- Distinguir os papéis desempenhados pela escola, pelos serviços de saúde e pelas famílias, no campo da educação sexual e da prevenção das DST/aids;
- Compreender a necessidade e as possibilidades de estabelecer parcerias entre famílias, escola, serviços de saúde e demais instituições para prevenir as DST/aids entre adolescentes e jovens.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: lousa e giz, cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta a seguinte situação: estará representando o papel de diretor(a) de uma escola que está organizando uma reunião de pais e mestres. O tema da reunião será: educação sexual e prevenção de DST/aids;
- Pede aos participantes que formem quatro subgrupos de pessoas que irão tomar parte na reunião, representando pais, educadores, profissionais de saúde e observadores;
- Dá, a cada subgrupo, instruções em separado;
- Os participantes do primeiro subgrupo deverão colocar-se na posição de pais e mães de adolescentes e jovens e trocar idéias sobre o que esperam da escola em termos de educação sexual e prevenção de DST/aids, para apresentar na reunião de pais e mestres;
- Pede aos participantes do segundo subgrupo que se coloquem na posição de professores de adolescentes e jovens e troquem idéias sobre o papel da escola na prevenção e suas expectativas em relação aos pais e ao serviço de saúde na educação sexual e na prevenção das DST/aids. Suas idéias deverão ser apresentadas na reunião de pais e mestres;
- Os participantes do terceiro subgrupo deverão representar o papel de profissionais de saúde convidados para participar da reunião de pais e mestres. Deverão trocar idéias, antes da reunião, a respeito de suas expectativas em relação à escola e aos pais, no que diz respeito à educação sexual e à prevenção das DST/aids;

- Aos participantes do quarto sub-grupo caberá o papel de observadores externos da reunião. Eles deverão ler e debater, como preparação para a reunião, o texto de apoio abaixo indicado. Deverão, durante a reunião, ficar atentos às seguintes questões:

- As expectativas colocadas pelos representantes dos diversos grupos podem ser atendidas pelos demais? Por quê?
- Quais são as diferenças, semelhanças e conflitos entre as expectativas da escola, do serviço de saúde e das famílias?
- Podem ser identificados, a partir do debate realizado na reunião, objetivos comuns aos representantes dos diversos grupos?
- As necessidades, opiniões e idéias dos próprios adolescentes e jovens que se pretende educar estão sendo consideradas?

- Depois de um pequeno período destinado ao ensaio dos papéis, abre-se uma roda, na qual os participantes "chegam" à reunião marcada para discutir o tema na escola. O facilitador, no papel de diretor da escola, deverá desempenhar o papel de coordenador da reunião;
- Os participantes apresentam suas idéias e expectativas, de acordo com os papéis que representam;
- Ao final do tempo necessário para que os debates tragam à tona as questões consideradas mais importantes para o grupo, o facilitador pede aos participantes que "congelem a cena" para que os observadores externos possam apresentar suas impressões sobre a reunião. As perguntas incluídas em seu roteiro de observação são apresentadas, uma a uma, seguidas dos comentários dos observadores;
- O facilitador pede a todos que retornem à reunião ("descongela a cena") e propõe, a leitura conjunta do texto de apoio. Faz-se a leitura, parando, ao final de cada parágrafo, para esclarecimentos e debate das idéias apresentadas. Para encerrar a reunião, são apresentadas as seguintes questões:

- É possível negociar nossas expectativas a partir da revisão conjunta dos objetivos a serem alcançados?
- Como os próprios adolescentes e jovens poderão participar da negociação desses objetivos, para que as oportunidades de aprendizagem sejam significativas para eles?

- Quando sentir que a discussão (ou o tempo) está se esgotando, o facilitador dá a reunião por encerrada, em função do adiantado da hora. Se necessário, pode dizer que estão analisando um assunto complexo, que não permite conclusões apressadas e que precisarão voltar a esse tema em outros encontros para que possam somar esforços para enfrentar as dificuldades encontradas;
- "Fecha-se a cena" e todos são orientados a retornar aos seus próprios papéis. Nesse momento é aconselhável dar um pequeno intervalo para que as pessoas se reorganizem livremente na sala;
- Faz-se uma rodada de comentários sobre a experiência do grupo;
- Como encerramento da oficina, as questões apresentadas acima são retomadas.

Texto de apoio

EDUCAÇÃO E SEXUALIDADE

As aprendizagens sobre as dimensões pessoais e socioculturais da sexualidade visam ampliar as possibilidades que cada cidadão e cada cidadã tem de viver com maior liberdade, responsabilidade e prazer. Acontecem nas atividades programadas na escola

e nos serviços de saúde e, também, mesmo que de forma não intencional, em todos os momentos de contato entre estas instituições e seus usuários.

A educação no campo da sexualidade inclui a difusão dos direitos sexuais e reprodutivos, da informação científica e do respeito à diversidade de comportamentos e desejos. Todos esses conteúdos só ganham sentido quando são trabalhados no contexto da valorização da dignidade da pessoa humana.

Além disso, as vivências associadas aos costumes e valores predominantes em cada época e lugar precisam ser consideradas para que seja possível realizar uma reflexão crítica a respeito dos objetivos que se pretende alcançar.

As condições de vida, as convenções e os preconceitos dominantes na vida social geram uma série de obstáculos para que a sexualidade possa ser vivida com liberdade e de forma prazerosa. Mas a proliferação de discursos sobre o sexo nos dias atuais, freqüentemente em nome do direito à informação e da liberdade, nem sempre contribui para a superação desses obstáculos. Ao difundir-se um "saber" homogêneo sobre a sexualidade, dissemina-se a idéia de que é possível esclarecer tudo, ordenar a vida sexual dentro de um padrão de normalidade que não corresponde à realidade (MENDONÇA Fº, 1999). Geram-se, com freqüência, mais ansiedade e preconceitos do que oportunidades para a vivência prazerosa e responsável da sexualidade
.
Uma educação emancipadora sustenta-se na idéia de que as pessoas, no contexto de suas inter-relações, podem fazer escolhas e produzir transformações em si mesmas e no mundo em que vivem. Nessa perspectiva, a abordagem da sexualidade não diz respeito exclusivamente aos conhecimentos de anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais e dos aparelhos reprodutores feminino e masculino, nem envolve receitas prontas ou modelos de comportamento. Requer a convicção de que as pessoas a serem educadas têm idéias, saberes, desejos e competências e, nesse caso, a educação não pode ser compreendida como um corretivo. Precisa ser uma oportunidade para a construção de um novo conhecimento, integrado às experiências que as pessoas trazem de sua vida, pois a sexualidade se expressa em vivências individuais e únicas, e é impossível reduzir estas vivências a manifestações dos instintos ou a padrões de comportamento social.

Por isso, para realizar um trabalho educativo no campo da sexualidade, é importante delinear claramente suas intenções, refletindo se superam a pretensão de subordinar os desejos e ordenar a vida sexual segundo modelos pré-estabelecidos de comportamento, geralmente idealizados e pouco realistas. É bom manter em mente que o debate em torno da sexualidade suscita apenas polêmicas morais do passado e do presente e envolve questionamentos que apenas começamos a construir em nossa experiência com o trabalho educativo nesse tema.

A educação sexual na escola e nos serviços de saúde distingue-se de outras experiências educativas, como as que acontecem na família, no trabalho, na mídia, nos momentos de lazer e nas demais formas de convívio social. Por um lado, é diferente porque constitui uma ação intencional, contínua e planejada. Essas instituições têm a responsabilidade social de oferecer informações atualizadas e propor questões que possam ser abordadas de diversos pontos de vista, permitindo o exame das crenças, atitudes e comportamentos expressos pela sociedade, para auxiliar as pessoas a encontrarem pontos de referência significativos para suas vidas. A função social destas instituições não é substituir a família na formação de seus filhos e filhas, segundo um determinado ponto de vista.

Por outro lado, mesmo que de forma não intencional ou racional, os educadores e profissionais de saúde estão sempre veiculando mensagens, pelo simples fato de estabelecerem relações de convivência com adolescentes e jovens.

Finalmente, não se pode pretender que a experiência educativa, seja qual for a sua abrangência, dê conta de todas as dimensões pessoais e socioculturais envolvidas na sexualidade. Primeiro, porque a educação das pessoas também decorre de experiências vividas junto à família e outros grupos de convivência, ao longo de toda a vida. Além disso, como nos lembra João Mendonça Filho (op cit), "a sexualidade é algo que não tem como se inscrever em totalidade no universo educacional". Sem dúvida, é necessário ir além da anatomia e da fisiologia, para incluir as dimensões afetivas e sociais e trazer à consciência os valores envolvidos, dando ao prazer "direito de cidadania". Ainda assim, permanecerá existindo - felizmente - uma maneira de experimentar e viver o desejo que será própria de cada sujeito, como indivíduo singular.

Equipe de elaboração do curso

Comentários

- É importante que o facilitador oriente a distribuição dos profissionais da educação e da saúde nos diferentes grupos, visando prevenir a consolidação ou mesmo o acirramento de conflitos, ao contrário do que se pretende promover. Cabe salientar, logo no início da oficina e sempre que necessário, que a discussão é relativa aos papéis institucionais desempenhados já que uma mesma pessoa, na posição de mãe, professora ou profissional de saúde, poderá levantar diferentes expectativas em relação às instituições.

Oficina 2 - Articulação Saúde/Educação

Objetivo

- Analisar o modelo tradicional de "Saúde Escolar" e as experiências de integração (e conflito) entre os sistemas de saúde e de educação por ele gerados;

Identificar experiências e alternativas para a superação do modelo tradicional de articulação Saúde-Escola.

Tempo de duração: ± 40 minutos

Material necessário: lousa e giz, cópias do texto de apoio.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta o objetivo da oficina e informa que, nesse momento, a proposta do curso é aprofundar a discussão sobre o papel das instituições de educação e saúde na prevenção de DST/aids, procurando identificar novos caminhos para o trabalho em parceria;
- Distribui cópias do texto para leitura coletiva, interrompendo a cada parágrafo, ou sempre que necessário, para esclarecimetnos e comentários;

- Abre-se uma roda de debates. O facilitador pode lançar mão de algumas questões para guiar a produção de sínteses e a busca de alternativas locais, por exemplo:

- Nossas experiências locais de ação intersetorial têm sido marcadas pelas dificuldades apresentadas no texto?
- Temos experiências locais de sucesso na superação dessas dificuldades?
- Que estratégias podemos usar para o apoio mútuo com vistas à construção de parcerias produtivas em nossa realidade?

Texto de apoio

SAÚDE-EDUCAÇÃO: UMA HISTÓRIA DESSA PARCERIA

Na história da Saúde Escolar consolidou-se a idéia de que os programas e ações que dizem respeito aos "escolares" incluem-se entre as responsabilidades da escola e do professor.

As questões da Saúde, assim como outros tantos temas de natureza social, passaram a ser continuamente agregadas ao projeto educativo ou ao currículo de fato, muitas vezes de forma desarticulada, competitiva, ou mesmo contraditória. Uma "chuva" de novas demandas - prevenção do uso indevido de drogas, aprendizagem de procedimentos de higiene bucal, informação das regras de trânsito, prevenção das DST/aids - atinge a escola. Isso gerou uma ampliação constante de expectativas em relação à escola e ao professor e, ao mesmo tempo, levou a um aumento do desapontamento e descrédito em relação aos professores e à instituição escolar, de quem tudo se espera.

Hoje, muita gente questiona a falta de abertura da escola para o trabalho com as questões importantes para a sociedade, com o argumento de que a escola deveria destinar mais espaço para os temas chamados "extracurriculares", como se "currículo" significasse apenas uma lista de matérias. Na realidade, muitos professores e professoras estão incorporando sistematicamente novas dimensões ao seu papel tradicional, mesmo que em caráter voluntário ou "extracurricular", pois as questões sociais invadem a escola. O problema é que isso ocorre, freqüentemente, na forma de uma incorporação desorganizada ao currículo, sem um correspondente projeto cultural-pedagógico. (Cavaliere 2002, p.248)

Ao invés de levar à soma, essa forma de "intersetorialidade" na qual a escola é tratada como "depositária" de programas construídos por outros profissionais e instituições, tornou-se uma fonte importante de conflito entre os sistemas e profissionais da educação e da saúde. O professor, responsabilizado por triagens e ações preventivas típicas dos programas de saúde, termina por receber críticas de que gera demanda "indevida" para o sistema de saúde e "medicaliza" sua incompetência para cumprir a tarefa educativa. O resultado mais visível dessa polêmica é um descrédito mútuo e a certeza de que, afinal, o problema está no aluno e/ou em sua família.

Para que permita a construção de algo novo, a parceria entre Educação e Saúde precisa ser um espaço de solidariedade no enfrentamento dos problemas e dos conflitos internos aos setores da educação e da saúde. Isto requer um empenho transformador e o apoio recíproco nas tentativas de mudança e superação dos modelos já esgotados.

Sem dúvida a escola é um cenário importante na vida das pessoas que nela estudam e trabalham e a saúde é parte da experiência cotidiana de ser, aprender, viver e conviver.

Se a saúde é construída na vida cotidiana, é necessariamente uma dimensão inerente ao dia-a-dia da experiência escolar. Nesse sentido a escola é um cenário importante para a promoção da saúde porque nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Por isso é preciso valorizar o potencial da escola para promover a saúde no espaço físico, nas formas de organização do currículo, na convivência cotidiana. A escola tem seus méritos e responsabilidades na promoção da saúde e não se torna mais saudável a partir de uma delegação externa. Torna-se mais saudável na medida em que se torna uma instituição presente, relevante e integrada num determinado território, capaz de influir nas condições de vida que geram saúde ou que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e grupos sociais às doenças. Em poucas palavras, a escola que mais contribui para a melhoria da situação de saúde da população é uma escola de qualidade.

Para que a escola possa promover a saúde talvez seja necessário, antes de mais nada, que ela deixe de ser entendida e responsabilizada como única instituição social adequada para acolher, promover a saúde, prevenir agravos e, inclusive, educar crianças e adolescentes. É indispensável reconhecer que a educação é parte do dia-a-dia da prestação de serviços de saúde. É indispensável, também, articular as políticas de saúde na escola às discussões sobre o papel a ser desempenhado pela mídia, pelos demais espaços – públicos e privados - de convivência de adolescentes e jovens, um conjunto necessariamente integrado de campos de ação, que se complementam e produzem mútuas influências.

Segundo esta forma de ver a questão, o sucesso da parceria entre saúde e educação depende de nosso empenho em superar, por um lado, a antiga visão da escola e da comunidade escolar como objetos - e do professor como instrumento de prestação da atenção primária em saúde. Por outro lado, é necessário superar a idéia de que é inviável, para o setor saúde, acolher a população "em idade escolar", o que justificaria o repasse de parte da execução de suas tarefas, sejam educativas, preventivas ou de prestação de ações de assistência, para os profissionais da educação. Em resumo, a ampliação do impacto das políticas públicas de promoção da saúde das populações escolarizadas precisa apoiar-se na soma das contribuições dos setores saúde e educação, e não na economia de direitos, profissionais e serviços.

Em diversas experiências realizadas no Brasil e em outros países, esses desafios vêm sendo superados por meio de um trabalho inovador e integrado. Entretanto, os problemas apontados nesse texto são associados a uma cultura típica da antiga Saúde Escolar, que tendemos a reproduzir automaticamente mesmo sem termos consciência desse fato. Por isso, a reflexão crítica sobre esse tema é sempre oportuna, mesmo nas situações em que essa cultura vem sendo transformada na prática.

Adaptado de Valadão, MM. Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. São Paulo, 2004 [Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Oficina 3 - Ação no território e intersetorialidade

Objetivos

- Identificar a presença dos temas estudados neste curso no cotidiano da atividade profissional;
- Reconhecer que a saúde e a prevenção dependem do conjunto de políticas e ações que repercutem na vida e na qualidade de vida dos cidadãos;
- Valorizar a articulação intersetorial como estratégia para qualificar políticas públicas e ações sociais que repercutem sobre a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às DST/aids.

Tempo de duração: ± 1 hora

Material necessário: cartaz com o quadro esquemático do curso, apresentado na oficina 2 da primeira unidade; canetas de ponta grossa de 3 cores.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador solicita aos participantes que formem três subgrupos, segundo local de trabalho ou afinidade de funções, para elaborar uma lista bem completa das atividades realizadas em uma semana típica de trabalho;
- Terminada a primeira etapa, o facilitador relata os objetivos da oficina e reapresenta o quadro esquemático do curso utilizado na oficina 2 da unidade 1. Um representante de cada subgrupo deverá sublinhar, com a ajuda dos colegas, todas as unidades e oficinas nas quais é possível identificar alguma relação, direta ou indireta, entre a realização das atividades no dia-a-dia de trabalho e os conteúdos abordados nas oficinas. É provável que alguns itens não sejam sublinhados e outros sejam sublinhados várias vezes. Cada grupo deverá usar uma caneta de cor diferente;
- Para orientar a sistematização da experiência realizada, o facilitador pode lançar mão de algumas questões, apresentando-as uma a uma e pedindo que uma pessoa de cada subgrupo se manifeste, abrindo-se, a seguir, a palavra para todos os participantes:

- Quais são as unidades e oficinas do curso que têm relação com o maior número de atividades usualmente realizadas? O que explica essas relações?
- As relações identificadas estavam previstas no trabalho planejado e realizado? De que forma?
- Quais atividades realizadas nos diversos serviços estão voltadas para os mesmos adolescentes e jovens? Quando voltadas para os mesmos grupos, as atividades são planejadas de forma conjunta?
- De que formas a articulação entre as atividades e o trabalho educativo/preventivo pode ser realizada de modo planejado e intencional?

Comentários

- É importante estimular os subgrupos a elaborar listas bastante detalhadas das atividades realizadas, para que se possa dar maior visibilidade à presença dos temas nas atividades cotidianas.

Oficina 4 - Avaliar o quê? Quando? Como? Por quê?

Objetivo

- Fazer um exercício de formulação de princípios, estratégias e indicadores para a avaliação do trabalho de educação em saúde e prevenção das DST/aids.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: folhas de papel para a elaboração de cartazes e canetas de ponta grossa, fita adesiva, lousa e giz, cópias do texto de apoio recortadas em tiras, uma para cada parágrafo.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e distribui uma tira, contendo um dos parágrafos do texto de apoio, para leitura e discussão em duplas;
- Cada dupla deverá se preparar para apresentar e comentar a frase recebida;
- Abre-se uma roda para a apresentação das frases e dos comentários dos participantes;
- Ao final das apresentações, o facilitador pode colocar algumas questões orientadoras para abrir o debate:

- Os participantes do grupo estão enfrentando alguma das dificuldades apontadas no texto para avaliar os processos de trabalho em prevenção das DST/aids?
- Realizaram com sucesso alguma experiência de aprimoramento da avaliação, contando com a participação dos adolescentes e jovens envolvidos?
- Quais estratégias podem ser implantadas para articular esforços entre as instituições que atuam no território e ampliar o impacto de seus projetos por meio da definição de objetivos comuns ou complementares?

- Como conclusão, faz-se um exercício de elaboração conjunta de três listagens para orientar as ações futuras, visando produzir uma síntese:
- Alguns princípios para nortear a avaliação de projetos e ações de prevenção das DST/aids;
- Possíveis estratégias (técnicas e instrumentos) de avaliação dos processos de trabalho e dos resultados;
- Possíveis indicadores de avaliação.

Texto de apoio

A avaliação desperta, na maioria dos profissionais, sentimentos de resistência e desconforto porque, historicamente, tem sido confundida com auditoria, fiscalização, identificação de erros e apuração de responsabilidades.

Muitas vezes, nos projetos voltados para a prevenção de DST/aids, fugimos desse tipo de desconforto avaliando resultados somente por meio da pesquisa de comportamentos dos adolescentes e jovens. Em outras palavras, transferimos para os próprios adolescentes a responsabilidade pelo cumprimento de nossos objetivos.

Ao mesmo tempo, quando não reconhecem os limites de sua atuação, muitos educadores e profissionais de saúde enfrentam frustrações e desestímulo ao avaliar seu trabalho com temas de natureza social, atribuindo comportamentos e atitudes dos adolescentes e jovens que geram riscos à sua saúde ao fracasso de seus esforços de educação preventiva.

Estabelecer indicadores e estratégias de avaliação dos processos de ensino, aprendizagem e prevenção no campo da prevenção de DST/aids é uma tarefa delicada, pois não é possível dissociar componentes cognitivos das dimensões subjetivas e dos valores ou destacar a prevenção das demais experiências da vida. A diversidade das formas de incorporação da cultura preventiva à vida pessoal está associada a uma trama composta por inúmeras verdades pessoais, grupais e familiares construídas dentro de uma determinada cultura.

É preciso reconhecer, antes de mais nada, que as formas de viver a sexualidade estão longe de serem construídas unicamente por meio da atuação das instituições de educação e saúde, embora possam ser enriquecidas a partir da incorporação de conhecimentos e experiências oferecidas nesses serviços.

Diante da pouca utilidade dos métodos tradicionais de avaliação pode-se incorrer na falsa idéia de que não é possível nem desejável definir objetivos ou pretender avaliar o trabalho educativo no campo da sexualidade. O principal desafio estará precisamente no estabelecimento de objetivos claros e compatíveis com a função social das instituições envolvidas, com base em critérios éticos e socioculturais legítimos para cada coletividade. Somente assim torna-se possível definir mais precisamente o que se deseja avaliar. Quando os objetivos ficam claros é possível selecionar indicadores de mudanças que possam ser comparados, o "antes" e o "depois" da intervenção educativa.

A avaliação pode ser enriquecida com o uso do conceito de vulnerabilidade. Mesmo no que diz respeito aos comportamentos individuais é possível ampliar horizontes mediante uma reflexão mais profunda a respeito do contexto no qual os comportamentos são gerados e ocorrem. Por exemplo: em determinadas realidades usar como indicador de resultados do trabalho preventivo o número de estudantes que ficam grávidas pode ser desestimulante, além de incoerente com as finalidades e o alcance da escola, mas verificar quantos alunos e alunas conseguem compatibilizar a maternidade e a paternidade com a permanência na escola, pode ser um indicador mais claro de que seus direitos de cidadania estão sendo garantidos pelos sistemas de educação, saúde e ação social.

Um universo de possibilidades poderá se abrir também a partir de exercícios de construção de novos critérios e estratégias para avaliar a vulnerabilidade social e institucional. Por exemplo: os registros da participação de escolares em programas e serviços oferecidos por unidades de saúde, antes e depois da realização de atividades educativas, podem ser bons indicadores de mudança no grau de vulnerabilidade institucional. Nesse mesmo sentido, a inclusão de objetivos relacionados à prevenção de DST/aids nos planos de trabalho pode ser um indicador dos compromissos da escola e dos serviços de saúde com o tema.

É preciso cuidar da qualidade das estratégias (técnicas e instrumentos) utilizadas para avaliar. A técnica de avaliação é o método de obtenção das informações desejadas (observação, inquirição, testagem, grupo focal) e o instrumento de avaliação é o recurso para a obtenção dessas informações (questionário, plano de observação, entrevista,

teste, relatório etc.). Os indicadores de mudança da situação de vulnerabilidade podem ser, por exemplo, itens do questionário ou do roteiro de observação. Mas não precisam estar relacionados apenas a comportamentos dos próprios adolescentes. Dependendo dos objetivos definidos pode-se, por exemplo, pesquisar se ocorreu uma mudança no grau de envolvimento dos profissionais do serviço com a prevenção, ou se aumentou o vínculo entre os adolescentes e a equipe de saúde. A escolha das técnicas, dos instrumentos e dos indicadores de avaliação deve ser coerente com os objetivos propostos, a natureza do tema, as características da população. É importante lembrar que muitos resultados não poderão ser avaliados por dados numéricos ou estatísticos.
Quando desejamos criar programas que incentivem o protagonismo e a autonomia de adolescentes e jovens, eles precisam ocupar o lugar de sujeitos que avaliam e não apenas o de objetos da avaliação, participando ativamente da definição de objetivos e de todas as fases do trabalho. A avaliação compartilhada é, sem dúvida, uma forma de fortalecer o compromisso de todos com as atividades de prevenção e com os seus resultados.
Equipe de elaboração do curso

Comentário

- Quando mais detalhados os princípios (éticos e orientadores para a definição de objetivos), as estratégias e os indicadores, mais útil será o exercício para orientar a elaboração da ação local integrada proposta na oficina seguinte. Poderão ser incluídos indicadores e estratégias para cada serviço ou instituição participante, para avaliar os processos de integração, o cumprimento do cronograma de trabalho conjunto, o grau de envolvimento e participação dos adolescentes e jovens etc.

Oficina 5 - Planejando uma Ação Local Integrada (Parte A)

Objetivos

- Oferecer elementos para que os participantes possam apropriar-se do instrumental necessário para participar ativamente da elaboração e implantação de projetos e ações de prevenção das DST/aids em seus locais de atuação;
- Identificar, coletivamente, caminhos para a superação de modelos de relação intersetorial cristalizados e dos impasses por eles gerados, exercitando a construção de novas concepções e novos processos de trabalho;
- Promover a realização de um exercício de planejamento coletivo de uma Ação Local Integrada, voltada para a prevenção de DST/aids entre adolescentes e jovens.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: cartazes previamente elaborados, cópias do texto de introdução dessa unidade do curso.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

PARTE A

- O facilitador apresenta os objetivos da oficina e comenta com os participantes que o trabalho por projetos é uma forma de organizar as ações em muitos campos de atuação profissional. Podem ser projetos político-pedagógicos das escolas, projetos

arquitetônicos, projetos de lei ou, ainda, projetos habitacionais. Nesta oficina, utiliza-se a seguinte definição:

Cartaz 1

Projeto de Ação Local Integrada é um roteiro para orientar nossa atuação conjunta, a partir da escolha de um problema comum a ser enfrentado. O objetivo é programar uma seqüência de passos articulados para atingir objetivos bem definidos.

- Abre a roda para comentários sobre a definição apresentada, procurando enfatizar a diferença entre as definições utilizadas em outros contextos, especialmente em relação aos projetos de trabalho desenvolvidos em escolas;
- Propõe a leitura coletiva do texto de introdução desta unidade do curso, interrompendo para esclarecimentos e debate ao final de cada parágrafo ou conforme as necessidades do grupo;
- Ao final da leitura, informa que a tarefa proposta nesta oficina é elaborar um Projeto de Ação Local Integrada a ser implantado, no prazo de seis meses, no território de atuação dos participantes do grupo;
- Sugere aos participantes que tomem em conta suas experiências prévias e as aprendizagens compartilhadas nas oficinas, assim como algumas dicas que podem ser importantes, apresentadas a seguir:

Cartaz 2

Problemas comuns na implementação de projetos

• Objetivo(s) confuso(s)

Um projeto com objetivo(s) confuso(s)s tem alta probabilidade de fracasso. Não sabendo onde se deve chegar, não se chega a lugar algum. Um objetivo confuso pode ter várias causas:

- O problema não foi estudado e entendido corretamente. Houve pressa em iniciar, sem ter clareza do problema que se quer enfrentar. A problematização é fundamental no desenvolvimento dos projetos. Problematizar, aqui, significa definir coletivamente uma questão que irá acompanhar o grupo em todo o seu percurso e servirá de referência para a definição de objetivos e ações. A solução ou o enfrentamento do problema selecionado define o grau de sucesso do projeto.
- O objetivo é claro, mas não é coerente com o problema. O resultado a ser alcançado não soluciona o problema.

• Execução confusa

- As regras de decisão são imprecisas. Não há procedimentos para resolver problemas e conflitos.
- Autoridade e responsabilidade estão indefinidas. Não se sabe direito quem tem poderes e atribuições para quê.
- As atividades não são coerentes com o objetivo. Isso pode ocorrer mesmo quando o problema e o objetivo são coerentes.
- A previsão de recursos é incoerente com as atividades. Podem ter sido subestimados ou superestimados.
- Um detalhe vital não funciona e põe tudo a perder, simplesmente porque todo mundo achou que outra pessoa iria cuidar daquilo.

Cartaz 3

Algumas condições para o êxito de um projeto
• Definição clara do problema e dos objetivos.
Explorar conjuntamente o problema a ser resolvido é condição necessária para que se possa ter maior clareza quanto aos objetivos que se pretende alcançar.
• Envolvimento da equipe.
Quanto mais o projeto representa um desafio para a equipe envolvida, incluindo os adolescentes e jovens para os quais ele é voltado, maior é a probabilidade de que venha a ter sucesso. Projetos bem-sucedidos criam nas pessoas participantes uma sensação de propriedade: "Este é o nosso projeto".
• Planejamento.
Projetos bem-sucedidos são muito bem planejados. Uma vez estabelecidos os planos, no entanto, a equipe tem grande liberdade para executá-los. A probabilidade de sucesso aumenta se houver um cronograma bem elaborado de providências e resultados esperados, a partir do qual os participantes possam controlar o bom andamento dos trabalhos em direção ao objetivo estabelecido e corrigir os rumos sempre que necessário.

Elaborado a partir de consulta às seguintes fontes:
- Como se trabalha com projetos. Entrevista com Maria Elisabeth de Almeida in Revista da TV Escola – no. 22, março/abril 2001 Brasília: MEC – Ministério da Educação, SEED – Secretaria de Educação a Distância.
- "Gestão de projetos". In: Gestão da escola, do Programa de Melhoria do Desempenho da Rede Municipal de Ensino. São Paulo: Secretaria Municipal de Educação/Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo, 1999

- Após a apresentação e debate dos cartazes, faz-se um levantamento de sugestões iniciais para a definição do problema a ser enfrentado conjuntamente. Será necessário negociar com todo o grupo um problema relevante e significativo para todos, capaz de motivar a ação integrada, mas não tão ambicioso que não possa ser completado no prazo de 6 meses;
- Selecionado o problema, deve-se fazer uma listagem, a mais completa possível, das informações necessárias para descrever e qualificar o problema. Elas são importantes para justificar a escolha do projeto;
- Os participantes devem buscar, durante o intervalo entre esta oficina e a seguinte, informações relevantes para explicar o problema selecionado, justificar a escolha e aprofundar o diagnóstico da realidade local.

Comentários

- Na fase de escolha do problema poderão emergir diferentes prioridades, a serem negociadas. Nenhum dos problemas apresentados precisa ser descartado. Nessa etapa, o mais importante é selecionar um problema bem delimitado e relevante para todos;
- Para efeito desta proposta, o projeto deverá ser bastante simples, ampliando-se as chances de sucesso do grupo. A concretização do projeto elaborado pelo grupo poderá levar à emergência de novos projetos, mais amplos, a partir da consolidação da articulação intersetorial.

Oficina 6 - Planejando uma Ação Local Integrada (Parte B)

Objetivos

- Partindo da definição do problema, estabelecer o objetivo geral, os objetivos específicos e os instrumentos de avaliação do projeto selecionado;
- Organizar o cronograma de trabalho para implementação do projeto.

Tempo de duração: ± 2 horas

Material necessário: cópias do roteiro para a elaboração de projetos, informações coletadas pelos participantes para explicar o problema selecionado e/ou justificar a escolha do projeto.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

- O facilitador distribui cópias do roteiro, a ser apresentado também na forma de cartaz;
- Os participantes apresentam sinteticamente as informações coletadas, que serão incluídas posteriormente na redação do projeto conjunto;
- Identificam-se, coletivamente, futuras pesquisas a serem realizadas para complementar as informações coletadas, de forma a compor um diagnóstico inicial de situação, um dos passos iniciais do projeto;
- O facilitador orienta o preenchimento do roteiro proposto, acrescentando novos itens sempre que for considerado necessário.

AÇÃO LOCAL INTEGRADA

Território .....

Problema escolhido para enfrentamento conjunto
.....
.....
.....

Objetivo geral .....
.....
.....

Objetivos específicos
.....
.....
.....

PASSOS	ÁREAS E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	DATAS / PRAZOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	RESPONSÁVEIS
1.				
2.				
3.				
4.				

5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

*Não esquecer de incluir:
- Redação do projeto;
- Ações que já estão em andamento e que contribuem para o enfrentamento do problema selecionado (compartilhar informações sobre as ações/programas em andamento pode ser um dos objetivos do projeto);
- Ações voltadas para a busca de novos recursos para a concretização do projeto selecionado;
- Ações necessárias para suporte técnico, político e operacional, por parte das diferentes instâncias de governo;
- Previsão das formas de participação dos adolescentes e jovens, em todas as fases do projeto.

Comentários

- Trata-se aqui de um exercício de antecipação. O planejamento inicial é apenas um norteador para o trabalho e poderá sofrer muitas alterações em função das demandas e dos interesses dos próprios adolescentes e jovens, da ampliação da coleta de dados, assim como da experiência concreta de trabalho conjunto;
- É importante que, ao final da oficina, sejam definidos:
- O próximo encontro do grupo, para a continuidade do encaminhamento do projeto;
- Dois ou mais participantes (no mínimo um da saúde e um da educação) para exercer o papel de coordenação do projeto em sua fase inicial.

Oficina 7 - Avaliação do curso

Objetivos

- Realizar a avaliação final do curso de formação continuada;
- Avaliar a própria aprendizagem ao longo do desenvolvimento do curso, identificando necessidades e caminhos para a continuidade do aprimoramento profissional para o trabalho educativo nesse tema.

Tempo de duração: ± 1 hora e 40 minutos

Material necessário: anotações dos participantes e do facilitador, lousa e giz.

Sugestão para o encaminhamento da oficina

ˇˇaspecto que considera importante. Depois que todos se manifestaram, abre-se espaço para a livre expressão de todos;

- O facilitador anota as colocações na lousa, na forma de itens;
- O facilitador compartilha com o grupo uma avaliação de sua experiência de trabalho.

Comentário

- Ao término do curso é fundamental que a dupla de facilitadores elabore um relatório sintético de avaliação, a ser encaminhado ao Grupo Gestor Local do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. O roteiro apresentado em anexo poderá orientar este trabalho.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABIA. *Boletim ABIA, n 20.* Rio de Janeiro: ABIA, 1993

ABRAPIA. *Abuso sexual contra crianças e adolescentes.* (Coordenação: Lauro Monteiro Filho, Vânia Izzo de Abreu). Petrópolis, RJ: Autores & Agentes Associados, 1997.

Antunes, Arnaldo. *As coisas.* São Paulo: Iluminuras, 1996.

Ayres, JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, saúde, educação.* 2002; 6 (11): 11-24.

_____. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. In: *Boletim Epidemiológico* – C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E. – Ano XV – n.3. São Paulo. Dezembro, 1997.

_____. Exposição Oral. *Seminário Vulnerabilidade e Prevenção.* Rio Preto. Novembro, 2005.

Ayres, JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro : Fiocruz; 2003. p. 117-39.

Baleeiro, Maria Clarice *et alii. Sexualidade do Adolescente. Fundamentos para uma ação educativa.* Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999

Bartlett, EE. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? *AJPH* 1981; 71:1384-91.

Brasil. *Estatuto da criança e do adolescente.* Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Distrito Federal: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual.* Brasília, 2004.

Buscaglia, L. *Os deficientes e seus pais: o desafio do aconselhamento.* Rio de Janeiro : Record, 2000.

Carvalho, AI. Da saúde pública às políticas saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 1996; 1:104-121.

Castiel, LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção de HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública* 1996; 30:91-100.

Cavaliere, AMV. Educação integral: uma nova identidade para a escola brasileira? *Educação & Sociedade*. 2002; 23: 247-70.

Catonné, JP. *A sexualidade ontem e hoje.* (tradução Michèle Íris Koralck). São Paulo : Cortez, 1994. (Coleção questões da nossa época; v 40).

Chauí, M. *A Repressão Sexual - Essa Nossa (Des)Conhecida.* São Paulo: Brasiliense, 1985.

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Ciência Hoje na Escola. *Sexualidade: corpo, desejo e cultura.* Rio de Janeiro: SBPC, 2001.

Costa, JF. Prefácio. In: CATONNÉ, Jean-Philippe. *A sexualidade ontem e hoje.* (tradução Michèle Íris Koralck). São Paulo: Cortez, 1994. (Coleção questões da nossa época; v40), p.7.

DiCenso, GG; Griffith, AW. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 2002; 324:1426-30.

Dunley, G (org.). *Sexualidade & Educação: um diálogo possível?* Gryphus: Rio de Janeiro, 1999. (Educação em diálogo, v.2).

Feliciano, KVO, Ayres, CMJ. Prevenção da aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; (supl. especial / pôster 668): 297.

Freire, P. *Educação e mudança.* (5ª ed.) Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

FUNDAÇÃO ODEBRECHT / SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS. *Afetividade e sexualidade na educação: um novo olhar.* Belo Horizonte,1988.

Junqueira, LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Revista Saúde e Sociedade* 1997; 6:31-46.

Meyer, DEE (org). *Saúde e sexualidade na escola.* Porto Alegre: Mediação; 1998. (Cadernos Educação Básica; 4)

Meyer, DEE; Soares, RFR (org). *Corpo, gênero e sexualidade.* Porto Alegre: Mediação, 2004.

Meyer, DEE; Mello, DF; Valadão, M; Ayres, JRCM. "Você aprende. A gente ensina"? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública* (no prelo)

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: primeiro e segundo ciclos: pluralidade cultural e orientação sexual. MEC/ SEF, 1997.*

_____. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: introdução aos temas transversais.* Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Secretaria de Educação Especial. *Série Integração de alunos com deficiência na rede de ensino regular,* Volume 2. Brasília: Ministério da Educação, 1999.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. *Educação para jovens e adultos: ensino fundamental: proposta curricular- 1o. segmento* / coordenação e texto final (de) Vera Maria Masagão Ribeiro. São Paulo: Ação Educativa, Brasília: MEC, 2001.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. *Programa Parâmetros em ação, meio ambiente na escola: guia do formador.* Brasília: MEC/SEF, 2001

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. *Boletim Prevenir é sempre melhor. Programa Um Salto para o Futuro.* Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas. Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico - Aids e DST.Ano I - nº 1 - 01ª - 26ª semanas epidemiológicas de 2004. Brasília: MS / PN DST e Aids, janeiro a junho de 2004.

_____. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Programa Estratégico de Ações Afirmativas: População Negra e Aids.* Brasília: 2005. (Série Manuais nº 65 - PN-DST/AIDS)

O projeto saúde na escola: texto de apoio. – Brasília: Ministério da Saúde: Secretaria de Políticas de Saúde: Projeto de Promoção da Saúde; Ministério da Educação: Secretaria de Educação à Distância: TV Escola, 2002.

Paiva, V.. Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: Barbosa, RM; Parker, R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999, p. 249-69.

Parker, R. *Políticas, Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/ ABIA; 1997.

Picazio, C. *Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade.* São Paulo: Summus; 1999.

Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais/ Fundação ODEBRECHT. *Afetividade e sexualidade na educação - um novo olhar. Projeto de Educação afetivo-sexual em escolas da rede pública estadual de Belo Horizonte.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação/ Fundação ODEBRECHT; 1998.

Secretaria Estadual de Educação de São Paulo. *Cultura e saúde na escola.* São Paulo: FDE, 1994. (Idéias, 23)

Serrão, M; BALEEIRO, MC. *Aprendendo a ser e a conviver.* São Paulo: FTD/ Fundação Odebrecht, 1999

Silveira, DX; Da SILVEIRA, EDX. *Um guia para a família.* Brasília: Presidência da República, Casa Militar, Secretaria Nacional Antidrogas, 2000.

Suplicy, M. *Papai, Mamãe e Eu.* São Paulo: FTD, 1990

Valadão, MM. *Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.* São Paulo 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

_____. *Saúde e qualidade de vida.* São Paulo: Global / Ação Educativa Assessoria, Pesquisa e Informação, 2004. (Coleção Viver, Aprender).

Valadão, MM, Bydlowski CR, Pereira IMTB, Westphal MF. Promoção da Saúde na Escola: Repercussões nas Secretarias Estaduais de Educação do Brasil. In: *Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil.*(no prelo)

Valla, VV; Stotz, EN, organizadores. *Educação, Saúde e Cidadania.* Petrópolis: Vozes; 1995.

Valla, VV; Stotz EN, organizadores. *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática.* 2ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.

Valla, VV, organizador. *Saúde e Educação.* Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Entrevista com Maria Elisabeth de Almeida. Como se trabalha com projetos. In: *Revista da TV Escola – n. 22, março/abril 2001* Brasília: MEC/ SEED; 2001.

Secretaria Municipal de Educação/Fundação Instituto de Administração da Universidade de São Paulo. Gestão de projetos. In: *Gestão da escola, do Programa de Melhoria do Desempenho da Rede Municipal de Ensino.* São Paulo;1999

Vitiello, N. In: *Sexualidade, quem educa o educador? Um manual para jovens, pais e educadores.* São Paulo: Iglu, 1997.

WHO. *The Status of School Health.* Genebra: WHO/HPR/HEP; 1996.

_____. *Promoting health through schools.* The World Health Organization's Global School Health Initiative. Genebra: WHO; 1996.

_____. *Improving School Health Programmes: barriers and strategies.* Genebra: WHO/HPR/HEP; 1996.

_____. *Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health-promoting schools.* Genebra: WHO; 1999c. (WHO Information Series on School Health, document 6).

_____. *Local Action. Creating health promoting schools.* Atlanta: WHO/NMH/HPS; 2000.

ANEXO

INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CURSO

Registros do monitoramento e da avaliação do curso devem ser realizados continuamente, ao final de cada dia de trabalho dos facilitadores de grupos, com duas finalidades complementares:

(1) Subsidiar o aprimoramento do roteiro, para que esse instrumento de trabalho seja corrigido e enriquecido a partir das experiências dos facilitadores de grupos que o utilizam. Alguns critérios podem orientar esta avaliação:

- O tempo destinado (à oficina/à unidade/ao curso) foi adequado? Que sugestões podem ser apresentadas para a sua readequação?
- As sugestões de encaminhamento das oficinas foram adequadas para a realização do trabalho? Devem ser readequadas?
- Os objetivos/finalidades (da oficina/da unidade) foram atingidos? Os próprios objetivos /finalidades devem ser readequados ou devem ser feitas alterações no encaminhamento da(s) oficina(s) para que os objetivos/finalidades sejam alcançados?
- Pontos positivos do dia de trabalho.
- Dificuldades encontradas.
- Sugestões.

(2) Monitorar as aprendizagens para orientar a tomada de decisões ao longo do processo de trabalho com cada grupo. É nesse sentido que o roteiro a seguir é sugerido.

UNIDADE 1 – PRIMEIRAS PALAVRAS

Oficina 1 – Amigo Secreto
Ao término da oficina, anote os temas que os participantes relataram ter expectativa de abordar ao longo do curso. No encontro final do curso, retome o quadro para que os participantes avaliem se os temas foram suficientemente abordados e anote a avaliação na coluna do meio. Caso os participantes considerem necessário aprofundar a discussão sobre o tema registre, na coluna da direita, as sugestões para que isso possa ser feito.

Temas	Avaliação realizada no final do curso	Encaminhamentos

Oficina 2 – Mitos ou realidade?
Esta oficina é uma oportunidade para construir um panorama geral das necessidades de aprendizagem e dos mitos e preconceitos com os quais o facilitador terá que trabalhar ao longo do curso. Há algumas afirmações propostas pela atividade que trazem à tona preconceitos muito arraigados na nossa sociedade.

- Quais preconceitos apareceram de maneira mais explícita no grupo de participantes de curso?
- Quais as principais necessidades de aprendizagem identificadas?

Registre suas observações nas páginas correspondentes às oficinas que tratam desses mitos, preconceitos e/ou necessidades de aprendizagem.

Oficina 3 – Acordos para o trabalho em grupo
Ao término da oficina anote, na coluna da esquerda, cada um dos itens do "contrato de convivência". Ao final do processo, ou mesmo durante o processo se os facilitadores ou os participantes do grupo avaliarem que algum aspecto do contrato de convivência não está sendo respeitado, o contrato de convivência é retomado e os participantes o avaliam. As alterações ou comentários são anotados na coluna da direita.

Contrato de convivência	**Avaliação /Alterações**

UNIDADE 2 – A BUSCA DE NOVOS CAMINHOS PARA PREVENIR DST/AIDS

Oficina 1 – O corpo tem alguém como recheio

- Como os participantes avaliam a maneira como o corpo vem sendo trabalhado em sua prática profissional?
- Surgiram propostas para modificar a forma como se vem trabalhando o corpo nas escolas? E nos serviços de saúde? Quais?
- Surgiram propostas de desenvolvimento de trabalhos em parceria? Que trabalhos? Com que instituições? Essas propostas poderão ser retomadas, na unidade final do curso, no momento da escolha de uma ação local integrada.

Oficina 2 – Identidade e estima

- Na sua avaliação, os participantes conseguiram reconhecer que as escolas e os serviços de saúde estão implicados na produção da estima dos adolescentes e jovens?
- Se sim, de que forma os participantes avaliam que a escola contribui para o rebaixamento da estima dos adolescentes?

- E os serviços de saúde?
- E para o aumento da estima?

Oficina 3 – Qual educação para qual saúde?

- Como os participantes avaliam a maneira como a sexualidade vem sendo discutida em sua prática profissional?
- Você avalia que, dentre os participantes, há alguns que defendam a abstinência e a monogamia como únicas maneiras aceitáveis de se prevenir das DST/aids?
- Surgiram propostas para modificar a forma como se vem trabalhando este tema nas escolas? E nos serviços de saúde? Que propostas?
- Surgiram propostas de desenvolvimento de trabalhos em parceria? Que trabalhos? Com que instituições? Registre essas propostas para que possam ser retomadas ao final do curso.

Oficina 4 – Risco ou Vulnerabilidade

- Na sua avaliação, no início da oficina os participantes tendiam a atribuir o risco de adolescentes e jovens a fatores individuais ou já eram capazes de compreender que a suscetibilidade de grupos e indivíduos está relacionada com o contexto em que se inserem?
- A oficina contribuiu para que os participantes compreendessem os aspectos sociais e institucionais da vulnerabilidade?
- Os participantes estabeleceram relações entre a noção de vulnerabilidade e as responsabilidades das escolas ou dos serviços de saúde? Que relações?
- Surgiram propostas para o desenvolvimento de novas ações? Quais?

Oficina 5 – Avaliação da unidade

- Os participantes conseguiram identificar as próprias fragilidades ou a tendência foi identificar as fragilidades dos adolescentes?
- Como os participantes avaliaram as oficinas da unidade 2?
- O que os participantes gostariam de aprender mais sobre os conteúdos trabalhados?
- Você avalia que algum tema mobilizou especialmente o grupo de participantes ao longo das oficinas desta unidade?

UNIDADE 3 - RELAÇÕES DE GÊNERO

Oficina 1 – Identificando estereótipos

- Os papéis "masculino" e "feminino" idealizados foram reconhecidos pelos participantes do grupo como estereótipos?
- Você avalia que o conceito de gênero ficou claro para os participantes do grupo?
- Surgiram idéias/propostas para o enfrentamento das desigualdades de gênero nos locais de atuação dos participantes do grupo?

Oficina 2 – A construção social dos gêneros

- O uso da fita de vídeo auxiliou a construção de novos conhecimentos e o trabalho com o tema da oficina?
- Você avalia que a atividade realizada trouxe recursos para a construção de novos discursos e formas de atuação?

Oficina 3 – Planejando atividades para o trabalho em grupo

- Os subgrupos conseguiram compreender as atividades propostas? Conseguiram apresentá-las para o grupo de participantes?
- Como os subgrupos avaliaram as atividades? Foram sugeridas modificações ou atividades diferentes?
- Como você avalia as atividades propostas para os subgrupos?

Oficina 4 – Avaliação da unidade

- Você avalia que assistir o vídeo gerou oportunidade para a reflexão sobre as aprendizagens acumuladas nesta unidade do curso?
- O grupo fez o exercício de imaginar o vídeo intitulado "Minha Vida de Maria?" A experiência fez vir à tona uma visão crítica (ou estereotipada) sobre as relações de gênero?
- Como os participantes avaliaram as oficinas da unidade?
- O que os participantes gostariam de aprender mais sobre os conteúdos trabalhados?
- Algum tema mobilizou especialmente o grupo de participantes ao longo das oficinas desta unidade?

UNIDADE 4 – A SEXUALIDADE NA VIDA HUMANA

Oficina 1 – Re-visitando a adolescência

- Você avalia que as concepções dos participantes sobre os adolescentes estão carregadas de preconceitos? Quais?
- Como você avalia o potencial de comunicação entre os participantes do grupo e os adolescentes e jovens, com vistas à prevenção das DST/aids?

Oficina 2 – A orientação sexual do desejo

- Você avalia que as concepções apresentadas pelos participantes sobre orientação sexual do desejo tendem a classificar certos comportamentos como naturais e outros como desviantes? Quais concepções?
- Você avalia que a atividade conseguiu problematizar a questão da homofobia em nossa sociedade?

Oficina 3 – Homossexualidade na escola

- Você avalia que a atividade conseguiu problematizar a questão da homossexualidade na escola?
- Os participantes propuseram estratégias para debater a homossexualidade junto à escola, à comunidade escolar e a outros espaços de seu campo de atuação profissional?

Oficina 4 – Violência e abuso sexual

- Os participantes conseguiram propor estratégias para propiciar às crianças e adolescentes abertura para conversar sobre situações de violência na escola e no serviço de saúde? Em caso positivo, quais são as estratégias propostas?
- Você avalia que os profissionais de saúde e de educação identificam os conselhos tutelares, as varas de infância e outras como instituições que podem ajudá-los em situações de suspeita de violência e abuso sexual?

Oficina 5 – A sexualidade na vida das pessoas com deficiências

- Você avalia que a oficina cumpriu o papel de chamar a atenção para o fato de que as pessoas com deficiência são seres sexuados, com direito a exercer a sexualidade? Justifique.

Oficina 6 – Planejando atividades para o trabalho em grupo

- Os subgrupos conseguiram compreender as atividades propostas? Conseguiram apresentá-las para o grupo de participantes?
- Como os subgrupos avaliaram as atividades? Foram sugeridas modificações ou novas atividades? Quais?
- Como você avalia as atividades propostas para os subgrupos?

Oficina 7 – Avaliação da unidade

- Como os participantes avaliaram as oficinas da unidade?
- O que os participantes gostariam de aprender mais sobre os conteúdos trabalhados?
- Algum tema mobilizou especialmente o grupo de participantes ao longo das oficinas desta unidade?

UNIDADE 5 – SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

Oficina 1 – Anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais

- Você avalia que a oficina foi suficiente para apresentar as informações básicas sobre anatomia e fisiologia dos órgãos sexuais? Se não, que tipo de informações ficaram faltando ou precisam ser aprofundadas?

Oficina 2 – Métodos contraceptivos

- Você avalia que a oficina foi suficiente para apresentar as informações básicas sobre métodos contraceptivos? Se não, que tipo de informações ficaram faltando ou precisam ser aprofundadas?

Oficina 3 – Direitos sexuais e direitos reprodutivos

- Foram elencados, no início da oficina, direitos compatíveis com a legislação nacional e internacional? Os direitos elencados corresponderam às suas expectativas? Justifique.
- Os participantes do grupo identificaram atitudes e práticas pertinentes aos seus universos de trabalho que contribuem para a promoção desses direitos?
- Foi possível discutir a questão do aborto na perspectiva dos direitos humanos, em especial dos direitos sexuais e reprodutivos, superando a divisão entre “a favor” e “contra”?

Oficina 4 - Gravidez na adolescência

- Você avalia que os participantes percebem a gravidez na adolescência exclusivamente como desgraça/ problema e não estão abertos para outros sentidos que a gravidez pode assumir para as/os adolescentes? Você acha que a oficina conseguiu problematizar essa concepção? Justifique.
- Surgiram propostas de ações/projetos para trabalhar a prevenção da gravidez nas escolas e serviços de saúde? Quais?

- Surgiram propostas de ações/projetos que contribuam para a permanência de pais e mães adolescentes na escola? Surgiram outras propostas para as adolescentes gestantes ou para os adolescentes que já têm filhos? Quais?

Oficina 5 – Planejando atividades para o trabalho em grupo

- Os subgrupos conseguiram compreender as atividades propostas? Conseguiram apresentá-las para o grupo de participantes?
- Como os subgrupos avaliaram as atividades? Foram sugeridas modificações nas atividades?
- Como você avalia as atividades propostas para os subgrupos?
- Como os participantes avaliaram as oficinas da unidade?
- O que os participantes gostariam de aprender mais sobre os conteúdos trabalhados?
- Algum tema mobilizou especialmente o grupo de participantes ao longo das oficinas desta unidade?

UNIDADE 6 – DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS

Oficina 1 – Sexualidade em tempos de aids

- Os participantes relataram o desenvolvimento de atividades de prevenção às DST/ aids nas escolas? E nos serviços de saúde? Quais atividades foram elencadas?
- Você avalia que os profissionais dispõem de conhecimento adequado sobre a aids e as vias de transmissão? Há tópicos que precisam ser abordados com mais atenção ao longo desta unidade? Quais?

Oficina 2 – Outras doenças sexualmente transmissíveis (além da aids)

- Você avalia que a oficina foi suficiente para apresentar as informações básicas sobre DST? Se não, que tipo de informações ficaram faltando ou precisam ser aprofundadas?

Oficina 3 – Aids e direitos

- Você avalia que os participantes têm dificuldade de aceitar que as crianças e adolescentes vivendo com HIV/aids têm direito de freqüentar a escola e outros espaços da comunidade? Se sim, você avalia que a oficina conseguiu problematizar esta questão?

Oficina 4 – Drogas psicoativas

- Você avalia que foi possível debater a questão das drogas em bases reais, tomando em conta a situação da comunidade local?
- Surgiram projetos ou propostas de atividades intersetoriais e/ou integradas com a comunidade durante a oficina? Especifique.
- Você avalia que o grupo poderá ter atitudes de acolhimento e promoção da cidadania de adolescentes usuários de drogas que freqüentam a escola ou o serviço de saúde?

Oficina 5 – Redução de danos

- Você avalia que os participantes conseguiram compreender o conceito de redução de danos? Justifique.
- Você avalia que os participantes concordam com a perspectiva de intervenções norteadas pela estratégia de redução de danos? Justifique.

Oficina 6 – Discriminação x Solidariedade

- A oficina cumpriu o papel de fazer com que os participantes se colocassem no lugar de pessoas que pertencem a grupos estigmatizados?
- Quais grupos foram identificados pelos participantes como principais alvos de discriminação no contexto em que vivem?
- Surgiram propostas de ação para combater esta discriminação? Quais?

Oficina 7 – Planejando atividades para o trabalho em grupos

- Os subgrupos conseguiram compreender as atividades propostas? Conseguiram apresentá-las para o grupo de participantes?
- Como os subgrupos avaliaram as atividades? Foram sugeridas modificações nas atividades?
- Como você avalia as atividades propostas para os subgrupos?
- Como os participantes avaliaram as oficinas da unidade 2?
- Algum tema mobilizou especialmente o grupo de participantes ao longo das oficinas desta unidade?

UNIDADE 7 – PLANEJAMENTO DE UMA AÇÃO LOCAL INTEGRADA

Oficina 1 – Escola/Serviço de Saúde/Família: a quem cabe a responsabilidade pela educação em sexualidade?

- Que concepções sobre as famílias dos adolescentes são apresentadas pelos participantes?
- Houve conflito de expectativas entre os diferentes grupos representados?
- Foi possível, ao longo da oficina, delinear diferenças e complementaridades nos papéis das famílias, escolas e serviços de saúde?
- Surgiram propostas de ações/projetos a serem desenvolvidos junto com os pais de adolescentes? Quais?

Oficina 2 – Articulação Saúde-Educação

- Foram relatadas experiências de ações/projetos realizados em parceria? Quais?
- Surgiram propostas de parcerias entre as escolas e os serviços de saúde? Quais?

Oficina 3 – Ação no território e intersetorialidade

- Foi possível explorar as atividades cotidianas, identificando grande número de conexões entre elas e os temas abordados no curso?
- Quais oficinas e unidades foram sublinhadas em maior número? Como os participantes do curso justificaram esse fato? Como você explica esse fato?
- A oficina favoreceu o reconhecimento de novas possibilidades de trabalho, planejado e intencional, voltado para a prevenção de DST/aids?

Oficina 4 – Avaliar o quê? Quando? Como? Por quê?

- Você avalia que a construção de indicadores, a reflexão sobre estratégias de avaliação e sobre a importância de monitorar o processo ao longo de seu desenvolvimento já faziam parte do universo dos participantes? Se não, a oficina conseguiu sensibilizar as pessoas para a importância disto?

- Foi relatada alguma experiência de ação que incluía estratégias de avaliação do processo? Qual?

Oficina 5 – Planejando uma Ação Local Integrada – Parte A

- Os participantes conseguiram chegar a uma proposta comum? Quais foram as dificuldades enfrentadas? Que aspectos facilitaram essa definição?
- Foi possível resgatar as propostas que surgiram ao longo do curso? Elas continuavam tendo o mesmo sentido para os participantes do grupo?

Oficina 6 - Planejando uma Ação Local Integrada – Parte B

- Você avalia que o problema a ser enfrentado conjuntamente é um problema passível de ser resolvido pelos profissionais do grupo? (Por exemplo, se o problema proposto for a alta incidência de sexo desprotegido entre os adolescentes de determinado território, isso certamente não poderá ser resolvido por profissionais de saúde e educação, porque é um problema que envolve muitos componentes).
- Os objetivos propostos estão relacionados com o problema escolhido?
- Os objetivos propostos são passíveis de serem cumpridos no prazo estabelecido ou são amplos demais?
- As ações propostas estão relacionadas com os objetivos: se o cronograma for cumprido e as ações forem bem-sucedidas, os objetivos serão atingidos?
- Foi definida uma data para o próximo encontro do grupo?
- Foi definido um grupo coordenador do projeto?

Oficina 7 – Avaliação do curso

- A revisão dos registros realizados com o uso deste instrumento, ao longo de todo o curso, contribui para a devolutiva dos facilitadores sobre sua experiência de trabalho com o grupo, assim como para a identificação dos movimentos realizados pelo grupo ao longo de todo o processo?