

**Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids  
para a Atenção Básica**



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

**Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids**

## **para a Atenção Básica**

*Série Manuais nº 66*

*Organizadora:*

**Denise Serafim**

*Brasília, DF  
2005*

© 2005. Ministério da Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,  
desde que citada a fonte.  
Tiragem: 20.000 exemplares

**PRESIDENTE DA REPÚBLICA**  
*Luiz Inácio Lula da Silva*

**MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**  
*Saraiva Felipe*

**SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
*Jarbas Barbosa*

**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](http://www.aids.gov.br)*  
*Série Manuais n° 66 – PN-DST/AIDS*

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

**Diretor do Programa Nacional de DST e Aids**  
*Pedro Chequer*

**Diretor-adjunto do Programa Nacional de DST e Aids**  
*Mariângela Simão*  
*Ricardo Pio Marins*

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

**Editor**  
*Dario Noleto*

**Editoras-assistentes**  
*Nágila Paiva e Telma Sousa*

**Projeto Gráfico, capa e diagramação**  
*Alexsandro de Brito Almeida*

---

FICHA CATALOGRÁFICA

*Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.*

64p. Série Manuais n.º 66

1. Atenção Básica. 2. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. 3. Aconselhamento. 4. SUS.  
I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

## **Apresentação**

*O aconselhamento para DST/HIV/Aids é uma prática priorizada pelo Ministério da Saúde e considerada uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia de DST/HIV/Aids no Brasil.*

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

*Inserir o aconselhamento na rotina dos serviços é um grande desafio, pois é uma abordagem que exige dos profissionais habilidades específicas e uma boa administração do tempo do atendimento.*

*Durante o aconselhamento, o profissional de saúde deve ir além da transmissão de informações, avalia riscos e as vulnerabilidades caso a caso ou de cada grupo e também, deve trabalhar os sentimentos adversos que se apresentam por ocasião da testagem e conhecimento da condição sorológica para o HIV.*

*Esta oficina foi desenvolvida com o propósito de contribuir para a descentralização das ações de aconselhamento e ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV na atenção básica de saúde.*

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

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

*Nossos agradecimentos aos profissionais de saúde dos CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento que participaram da validação desta proposta trazendo a realidade dos serviços e experiências fundamentais para qualidade dos conteúdos apresentados.*

*Pedro Chequer  
Diretor do Programa Nacional de DST e Aids*



# Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>9</b>
<b>Unidade de Apresentação .....</b>	<b>11</b>
<b>Sequência de Atividades</b>	
<i>Unidade Didática I .....</i>	<i>12</i>
<i>Unidade Didática II .....</i>	<i>13</i>
<i>Unidade Didática III .....</i>	<i>15</i>
<i>Unidade Didática IV .....</i>	<i>18</i>
<i>Unidade Didática V .....</i>	<i>20</i>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>21</b>
<b>Textos Utilizados</b>	
<i>O Sistema Único de Saúde: princípios doutrinários e organizativos .....</i>	<i>25</i>
<i>Slides sobre as ações de prevenção às DST/HIV/Aids na Atenção Básica .....</i>	<i>30</i>
<i>Slides sobre as Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids .....</i>	<i>32</i>
<i>Comunicação, Informação e Ação Social .....</i>	<i>35</i>
<i>Escute .....</i>	<i>43</i>
<i>Slides sobre Redução de danos .....</i>	<i>44</i>
<i>Principais vulnerabilidades e riscos para a infecção do HIV .....</i>	<i>47</i>
<i>Slides sobre Avaliação de risco para DST/HIV .....</i>	<i>51</i>
<i>Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV .....</i>	<i>53</i>
<i>Mulher .....</i>	<i>57</i>
<i>Estrelas do Mar .....</i>	<i>61</i>





## Oficina de aconselhamento para DST/HIV/Aids

### **Objetivo Geral:**

- Capacitar os profissionais da rede básica de saúde em aconselhamento para DST/HIV/Aids.

### **Objetivos Específicos:**

- Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da descentralização e inserção do aconselhamento para DST/HIV/Aids na rotina dos serviços;
- Discutir o aconselhamento como uma estratégia de prevenção das DST/HIV/Aids, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde.



## Unidade de Apresentação

### **Duração:**

01 hora e 30 minutos

### **Objetivos:**

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

### **Atividades:**

- Abertura e apresentação dos objetivos da oficina
- Dinâmica de apresentação (Além do nome, categoria profissional, instituição ao qual está inserido, solicitar aos participantes que escrevam em uma folha de papel, uma habilidade importante para a realização do aconselhamento e preguem na parede );
- Levantamento das expectativas dos participantes;
- Distribuição do caderno da oficina, seguida da apresentação do programa e leitura da introdução.
- Elaboração do acordo de convivência

## UNIDADE DIDÁTICA I

### Objetivos:

- Identificar as atribuições da atenção básica em relação a prevenção, diagnóstico e assistência das DST/HIV/Aids;
- Correlacionar a prática do Aconselhamento com os princípios e diretrizes do SUS.

### Seqüência de Atividades I

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
10:00	<p>Discuta no subgrupo quais as ações dos serviços de atenção básica relacionadas à prevenção, diagnóstico e assistência às DST/HIV.</p> <p>Sistematize a discussão para apresentação em plenária.</p> <p>Leia e discuta o texto <b>"SUS: Princípios Doutrinários e Organizativos"</b>, correlacionando os princípios do SUS com as ações relacionadas</p>	<p>Dividir os participantes em 3 sub-grupos de forma a obter uma composição heterogênea.</p> <p>Oriente a atividade de forma que os sub-grupos identifiquem as ações sobre DST/Aids que são realizadas nas unidades que atuam.</p> <p>Distribuir o texto e orientar a leitura após sistematização da discussão da atividade anterior com a seguinte questão: onde vocês identificam os princípios do SUS nas ações relacionadas?</p>
11:30	<p>Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p> <p>Participe de uma atividade de teorização</p>	<p>Coordenar a plenária, discutir com os participantes a política de saúde para as DST/HIV/Aids no contexto da atenção básica quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção à saúde sexual e prevenção das DST/HIV/Aids</li> <li>• Aconselhamento e diagnóstico do HIV</li> <li>• Abordagem Sindrômica</li> </ul> <p>Apresentar uma síntese dos aspectos relevantes da prevenção, constantes no capítulo sobre <b>Ações de Prevenção ao HIV e outras DST na Atenção Básica à Saúde</b> da série <b>CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA – Caderno 13 – Atenção Básica ao HIV/Aids, Hepatites e outras DST</b></p>

Almoço

## UNIDADE DIDÁTICA II

### Objetivos:

- Refletir acerca dos conceitos e objetivos dos aconselhamentos coletivo e individual.
- Discutir o aconselhamento pré-teste anti-HIV, coletivo e individual;
- Identificar e compreender o processo de comunicação na prática do aconselhamento;

### Seqüência de Atividades I

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14:00	<p>Discuta no sub-grupo e conceitue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento individual</li> <li>• Aconselhamento coletivo</li> </ul> <p>Defina os objetivos do aconselhamento em DST/HIV/Aids.</p> <p>Anote as conclusões para apresentação em plenária.</p>	<p>Manter os sub-grupos e orientar a atividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub-grupo 1 e 2 - Conceito do aconselhamento individual e objetivos do aconselhamento;</li> <li>• Sub-grupo 3 - Conceito do aconselhamento coletivo e objetivos do aconselhamento.</li> </ul>
	<p>Apresente em plenária o resultado dos trabalhos.</p>	<p>Coordenar a plenária sublinhando os aspectos chave apresentados que coincidem com o conceito adotado pelo PN.</p>
	<p>Participe de uma atividade de teorização: <b>Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids</b></p>	<p>Realizar teorização sobre aconselhamento para DST/HIV/Aids.</p>
<b>INTERVALO</b>		
16:00	<p>Discuta no sub-grupo e elabore uma dramatização de um aconselhamento pré-teste anti-HIV, a partir da realidade dos serviços que atuam.</p> <p>Sistematize os aspectos importantes da discussão e que compõem a dramatização em plenária.</p>	<p>Retome os 3 sub-grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub-grupo 1 e 2: Dramatização do aconselhamento pré-teste individual.</li> <li>• Sub-grupo 3: Dramatização do aconselhamento coletivo.</li> </ul> <p>Estimular a construção da dramatização, orientando que deve ser um recorte do atendimento e com curta duração.</p>

	<p>Apresente a dramatização em plenária e participe das discussões das apresentações.</p>	<p>Conduzir a dramatização Coordenar a plenária. Relacionar a dramatização aos conteúdos sistematizados pelo grupo. Enfatizar os aspectos importantes do pré-teste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo e sigilo</li> <li>• Troca de informações sobre a doença e o teste</li> <li>• Avaliação de risco</li> <li>• Oferta do teste</li> <li>• Orientação sobre os insumos de prevenção</li> <li>• Preparação do resultado</li> </ul>
<p>Avaliação do dia</p>		

Seqüência de Atividades II		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8:30	<p>Participe de dinâmica de grupo sobre comunicação</p>	<p>Coordenar a dinâmica, ressaltando o processo de comunicação e os seus componentes.</p>
	<p>Faça em sub-grupos a leitura do texto: <b>"Comunicação, Informação e Ação Social"</b>.</p> <p>Destaque pontos importantes do texto correlacionando-o com a dramatização da atividade I da seqüência de atividade I.</p> <p>Sistematize as conclusões para discussão em plenária.</p>	<p>Manter os sub-grupos e orientar a atividade, ressaltando a necessidade de identificar os aspectos facilitadores e dificultadores do processo de comunicação.</p>
	<p>Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p>	<p>Coordenar a plenária destacando pontos relevantes que facilitam/ dificultam a comunicação.</p>
	<p>Em plenária leia o texto <b>"ESCUTE"</b></p>	<p>Coordenar a leitura do texto.</p>
INTERVALO		
11:00	<p>Participe da dinâmica de grupo: <b>"Júri simulado"</b>.</p>	<p>Coordenar a atividade, dividindo o grupo nos papéis de: acusação, defesa, jurados, familiares, amigos, juiz.</p> <p>Fornecer um caso polêmico para leitura e realização da atividade.</p>
	<p>Participe da apresentação da dramatização.</p> <p>Discuta em plenária os pontos relevantes na dramatização.</p>	<p>Coordenar os trabalhos destacando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconceitos</li> <li>• Discriminação</li> <li>• Aspectos jurídicos e legais da testagem anti-HIV</li> </ul>
Almoço		

## UNIDADE DIDÁTICA III

### Objetivos:

- Identificar as DST mais freqüentes atendidas no serviço ;
- Discutir o aconselhamento dentro das especificidades das DST;
- Discutir avaliação de risco para as DST e o HIV.
- Sensibilizar sobre a estratégia de redução de danos para sua inserção na atenção básica;
- Discutir os aspectos éticos e legais da testagem anti-HIV;

Seqüência de Atividades I		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14:00	<p>No sub-grupo, liste as DST que aparecem no seu serviço e relacione os conteúdos importantes que devem ser discutidos no aconselhamento individual e coletivo.</p> <p>Sistematize a discussão para apresentação em plenária.</p>	<p>Manter os sub-grupos e orientar a atividade.</p>
	<p>Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.</p> <p>Participe da construção do quadro demonstrativo das DST</p>	<p>Coordenar a plenária:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O primeiro grupo apresenta o produto do trabalho na íntegra e os demais complementam a discussão.</li> <li>• Sistematizar os conteúdos das apresentações utilizando a abordagem sindrômica, construindo com o grupo, um quadro demonstrativo das DST, a partir dos sinais e sintomas.</li> </ul> <p>Caso necessário, convide um especialista no assunto para dar suporte nas discussões.</p>
16:00	<p>Participe de uma exposição dialogada sobre: <b>"Aconselhamento para DST"</b></p>	<p>Coordenar a atividade destacando as especificidades das outras DST.</p>
Avaliação do dia		

Seqüência de Atividades II		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8:30	Participe da dinâmica de aquecimento	Proporcionar aquecimento do grupo.
	Nos sub-grupos, retome os casos já dramatizados na atividade I da unidade II e o caso sobre o uso de drogas, reflita sobre risco e vulnerabilidade, e realize <b>avaliação de risco para DST/HIV</b> . A partir das discussões no grupo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceitue vulnerabilidade</li> <li>• Conceitue Redução de Danos</li> </ul>	Manter os sub-grupos e orientar a atividade, observando o levantamento das principais vulnerabilidades para as infecções segundo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamento sexual</li> <li>• Uso de drogas</li> <li>• Histórico de DST</li> <li>• Outros fatores (transfusão, tatuagem) e segundo o contexto socioeconômico e cultural dos diversos grupos da população.</li> </ul>
	Quais as perguntas/conteúdos pertinentes para realização da avaliação de risco? Consolide para apresentação em plenária.	
	Apresente o resultado das discussões em plenária.	Coordenar a plenária sistematizando a discussão, destacar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Singularidade do usuário e contexto de vulnerabilidade</li> <li>• Participação do usuário no processo</li> <li>• Especificidades dos diversos segmentos populacionais</li> <li>• Situações de vulnerabilidade</li> </ul> Apresente as questões fundamentais para a avaliação de risco preconizadas pelo Ministério da Saúde.
10:30	Retorne ao sub-grupo, retome as avaliações de risco e liste as <b>orientações sobre medidas preventivas relacionadas aos casos</b> . Sistematize para apresentação em plenária.	Orientar as atividades nos subgrupos.
	Apresente em plenária o resultado das discussões.	Coordenar a plenária: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematizar os conteúdos das apresentações.</li> <li>• Realizar uma teorização sobre a <b>"Estratégia de redução de danos"</b>.</li> <li>• Ler o texto: <b>"Principais vulnerabilidades para a infecção do HIV"</b></li> </ul> Caso necessário, convide um especialista no assunto sobre redução de danos.

**Obs:** O facilitador poderá dar mais tempo subgrupo e optar por uma plenária com apresentação de todos conteúdos trabalhados.



<b>Seqüência de Atividades III</b>		
<i>T</i>	<i>Atividade dos Participantes</i>	<i>Atividade dos Facilitadores</i>
14:00	<p>Retorne ao sub-grupo e discuta as questões éticas e aspectos legais relacionadas a testagem do HIV, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigilo e confidencialidade das informações.</li> <li>• Testagem em adolescentes e gestantes.</li> <li>• Busca ativa/consentida.</li> <li>• Comunicação dos parceiros(as)</li> </ul> <p>Sistematize os conteúdos para apresentação em plenária. Leia e discuta o texto: <b>"Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV"</b>.</p>	<p>Manter os sub-grupos e orientar a atividade.</p>
	<p>Discuta em plenária os aspectos relevantes surgidos na atividade anterior.</p>	<p>Coordene a discussão em plenária.</p>
17:00	<p>Participe da teorização sobre os aspectos técnicos relativos a testagem do HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Janela imunológica;</li> <li>• Possíveis resultados;</li> <li>• Exames confirmatórios;</li> <li>• Realização da 2a. amostra</li> </ul> <p>Apresentação do fluxograma da testagem anti-HIV.</p>	<p>Realize teorização sobre os aspectos técnicos relativos a testagem do HIV</p> <p>Coordenar a discussão em plenária sistematizando os aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Período de janela imunológica;</li> <li>• Possíveis resultados;</li> <li>• Exame confirmatório;</li> <li>• Realização da 2a. amostra;</li> </ul> <p>Caso necessário, convide um especialista no assunto para dar suporte nas discussões.</p>
Avaliação do dia		

## UNIDADE DIDÁTICA IV

### Objetivos:

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

Seqüência de Atividade I		
T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
8:30	Participe de dinâmica de aquecimento	Proporcionar aquecimento do grupo e resgate dos conteúdos e do aprendizado do dia anterior.
	Participe de dinâmica de grupo: "Certo e Errado".	<p>Coordenar a atividade.</p> <p>Levar figuras/fotos/desenhos que mostrem por ex:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A diversidade na orientação sexual;</li> <li>• Sexo comercial;</li> <li>• Marketing da sexualidade para venda de produtos.</li> </ul>
	<p>Discuta em plenária aspectos e diferenças entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Sexualidade</li> </ul> <p>Leia em plenária o texto: <b>"GÊNERO – Construindo um novo modo de interagir com mulheres e homens"</b>.</p>	<p>Orientar o grupo e coordenar a plenária destacando, diferença de sexo e sexualidade, diversidade sexual, tipos de parcerias, acordos matrimoniais, gênero</p> <p>Orientar a atividade esclarecendo dúvidas.</p>
INTERVALO		
10:30	<p>Discuta no sub-grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sub-grupo I: vantagens do uso do preservativo</li> <li>• sub-grupo II: desvantagens do uso do preservativo.</li> <li>• Sistematize as conclusões para apresentação em plenária</li> </ul>	Redividir o grupo em dois sub-grupos e orientar as atividades.
	Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.	Coordenar a plenária, destacando as vantagens e desvantagens do uso do preservativo.

	<i>Participe de demonstração do uso do preservativo masculino e feminino.</i>	<i>Coordenar a plenária solicitando a dois participantes que façam a demonstração do uso do preservativo feminino e masculino.</i> <i>Discutir o uso correto do preservativo</i>
	<i>Ler o texto: <b>"Estrela do Mar"</b></i>	<i>Coordenar a leitura do texto em plenária</i>
<i>Almoço</i>		

## UNIDADE DIDÁTICA V

### Objetivos:

- Discutir o aconselhamento pós-teste anti-HIV.
- Rediscutir a prática do aconselhamento coletivo.

### Seqüência de Atividades I

T	Atividade dos Participantes	Atividade dos Facilitadores
14:00	<p>Retome os casos dramatizados no aconselhamento pré-teste. Prepare uma dramatização sucinta do aconselhamento pós-teste Individual e pré-teste coletivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub-grupo: aconselhamento coletivo (incluindo os aspectos assimilados durante o curso).</li> <li>• Sub-grupo: não reagente</li> <li>• Sub-grupo: reagente</li> </ul>	<p>Dividir o grupo e orientar a atividade, sugerindo uma situação com resultado negativo, outro positivo e se houver tempo, dramatizar novamente o aconselhamento pré-teste coletivo.</p>
	<p>Apresente as dramatizações em plenária.</p> <p>Participe das discussões das apresentações.</p>	<p>Coordenar a plenária destacando os componentes do aconselhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento</li> <li>• Apoio emocional e</li> <li>• Avaliação de risco.</li> <li>• Orientações preventivas pertinentes</li> </ul>
<b>INTERVALO</b>		
	<p>Discuta em subgrupo as estratégias para a inserção do diagnóstico e aconselhamento em DST/HIV na rotina dos serviços, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referência/Contra-referência;</li> <li>• Fluxo de usuários;</li> <li>• Fluxo das amostras;</li> <li>• Previsão de insumos;</li> <li>• Recursos humanos;</li> <li>• Monitoramento e supervisão.</li> </ul> <p>Sistematize a discussão e apresente em plenária.</p>	<p>Dividir o grupo conforme as unidades.</p> <p>Orientar o desenvolvimento da atividade.</p> <p>Convidar os diretores de unidades e/ou coordenadores de programas para participar das discussões nos grupos.</p>
	<p>Discussão em plenária dos principais pontos discutidos nos sub-grupos.</p>	<p>Coordenar a plenária destacando a viabilidade das propostas.</p>
Avaliação da Oficina		

**Obs:** • Muitas vezes, por limitação do tempo, a dramatização do aconselhamento coletivo poderá ser suprimida.

- Dependendo da realidade dos serviços (semelhante por exemplo) a última atividade poderá ser realizada somente em plenária.

## Referências Bibliográficas

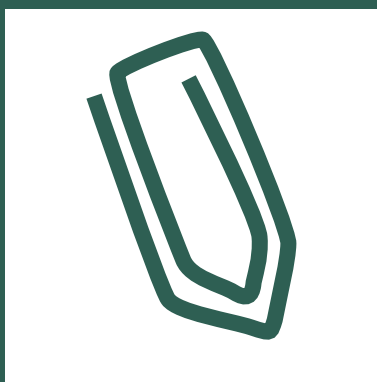
### Textos utilizados:

- DAVINI, M.C. Comunicação, Informação e Ação Social, in Cadernos das Oficinas de Capacitação Pedagógica. Programa Nacional de DST/Aids, Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV. In: Diretrizes básicas para os CTA,s. Brasília, DF, 1999.
- MONTEIRO, Angélica e BARROS, G. L. GÊNERO: Construindo um Novo Modo de Interagir com Mulheres e Homens, in Mulher; da luta e dos direitos. Instituto Teotônio Vilela, Coleção Brasil . Brasília, DF, 1998.
- MINISTERIO DA SAUDE. Aconselhamento e Encaminhamentos, in Manual de Redução de Danos, Série Manuais nº42. Brasília, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de Prevenção ao HIV e outras DST na Atenção Básica à Saúde. In: Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família, Caderno da Atenção Básica às DST e Infecção pelo HIV/Aids. Brasília, DF, 2003

### Leitura complementar:

- ARAÚJO, C.L.F. - A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: Mattos, R. e Pinheiro, R. (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS:ABRASCO, 2003. (pag 145 - 168)
- ARAÚJO, M A L., BUCHER, J. S. N. F. e BELLO, P.Y. – Eficácia do Aconselhamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Unidades de Referência da Cidade de Fortaleza, CE, Brasil – J. bras Doenças Sex Transm 16 (1): 31-37, 2004.
- CAMARGO Jr. K. R. – Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. In: Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.27, p. 70-80, ago 2003.
- PAIVA, Vera. - Sem mágicas soluções: a prevenção do HIV e da AIDS como um processo de Emancipação Psicossocial. In: Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.27, p. 58-69, agosto 2003.
- VASCONCELOS, E. M. - Introdução. In: Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: HUCITEC/Ministério da Saúde, 1999.
- WILLELA, W. - Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo que se fala. In: Galvão, L. e Diaz, J.B. Saúde Sexual e Reprodutiva. São Paulo: HUCITEC/ Population Council, 1999.
- CAVALCANTE, M. S.; RAMOS JUNIOR, A. N.; SILVA, T. M. J. et al. Transmissão vertical do HIV em Fortaleza: revelando a situação epidemiológica em uma capital do nordeste. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Mar 2004, vol.26, no.2, p.131-138.

- GOLDANI, M. Z.; GIUGLIANI, E. R. J.; SCANLON, T.; ROSA, H.; CASTILHOS, K.; FELDENS, L. & TOMKINS, A. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(5):552-8.
- HALEY, N.; MAHEUX, B.; RIVARD, M.; GERVAIS, A. Sexual Health Risk Assessment and Counseling in Primary Care: How Involved Are General Practitioners and Obstetrician-Gynecologists? *American Journal of Public Health*, June 1999, Vol. 89, Nº 6.
- KRABBENDAM, A.A.; KUIJPER, I.N. & DREW, R. The impact of counselling on HIV-infected women in Zimbabwe. *Aids care*, vol, 10, Supplement 1, 1998, pp. S25-S37.
- MARQUES, H.H.S.; LATORRE, M.R.D.O.; DELLANEGRA, M.; PLUCIENNIK, A.M.A.; SALOMÃO, M.L.M.; Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative\_ECI-Brazil. Falhas na identificação pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):385-92.
- MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR. F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6):1791-1799, nov-dez, 2003.
- SANTOS, N.J.S.; BUCHALLA, C.M.; FILIPE, E.V.; BUGAMELLI, L.; GARCIA, S.; PAIVA, V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl): 12-23.



## Textos Utilizados





## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: princípios doutrinários e organizativos

A primeira e maior novidade do SUS é seu conceito de saúde. Este “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritivos da noção vigente. Encarar saúde apenas como ausência de doenças nos legou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar esta situação, era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde com um projeto que iguale saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida.

Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora:

- Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação etc.);
- Meio socioeconômico e cultura (emprego, renda, educação, hábitos etc.);
- Garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ou seja, para se Ter saúde, é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. A saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Entretanto, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes.

A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se torna responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve-se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, com a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária etc. O SUS, ao abraçar este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.

Antes de abordar a doutrina e os princípios organizativos do SUS, é importante frisar dois aspectos:

Em primeiro lugar, o SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, ou seja, é atribuída ao poder público a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. De acordo com Goulart (1991),

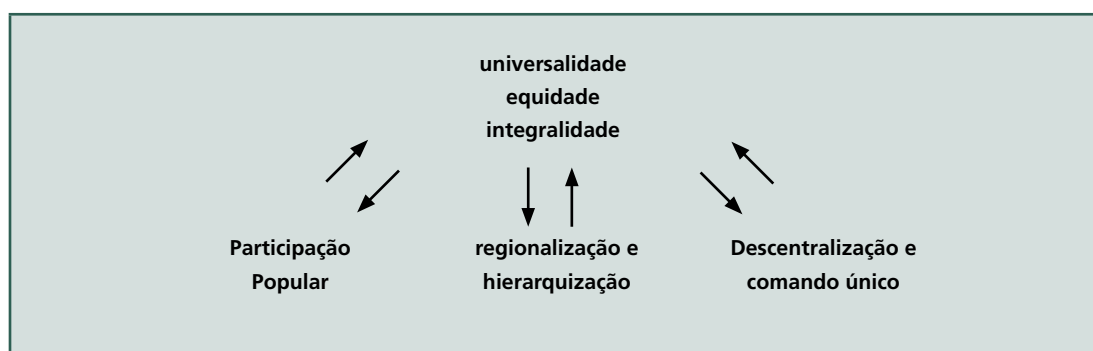
as competências decorrentes da relevância pública envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços.

Para ele, este poder pode ser traduzido como autoridade e responsabilidade sanitárias. Em segundo lugar, a saúde faz parte de um sistema mais amplo, o Sistema da Seguridade Social. De acordo com o artigo 194 da Constituição, a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinada a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o SUS traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a idéia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas dos serviços públicos. Os elementos integrantes do sistema referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Este sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. Mas é preciso compreender bem esta idéia de unicidade. Num país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta estas diferenças seria uma temeridade. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gerência aos cidadãos, seja com a descentralização político-administrativa, seja através do controle social do sistema.

O SUS pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.



## Princípios Doutrinários

### Universalização

Historicamente, quem tinha direito à saúde no Brasil eram apenas os trabalhadores segurados do INPS e depois do Inamps. Com o SUS, isto mudou: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito. Neste sentido, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. O SUS foi implantado com a responsabilidade de tornar realidade este princípio.

### Eqüidade

O objetivo da eqüidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a eqüidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Eqüidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A eqüidade é um princípio de justiça social.

### Integralidade

O princípio da integralidade significa considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

## Princípios Organizativos

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a idéia de seguridade social e relevância pública, existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

### Regionalização e Hierarquização

A regionalização e a hierarquização de serviços significam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Como se trata aqui de “princípios”, de indicativos, este conhecimento é muito mais uma perspectiva de atuação do que uma delimitação rígida de regiões, clientelas e serviços.

A regionalização é, na maioria das vezes, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A hierarquização, além de proceder à divisão de níveis de atenção, deve garantir formas de acesso a serviços que componham toda a complexidade requerida para o caso no limite dos recursos disponíveis em dada região. Deve ainda incorporar-se à rotina do acompanhamento dos serviços, com fluxos de encaminhamento (referência) e de retorno de informações ao nível básico do serviço (contra-referência). Estes

caminhos somam a integralidade da atenção como o controle e a racionalidade dos gastos no sistema.

## Descentralização e Comando Único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance de acerto. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função.

A decisão deve ser de quem executa, que deve ser o que está mais perto do problema. A descentralização, ou municipalização, é uma forma de aproximar o cidadão das decisões do setor e significa responsabilização do município pela saúde de seus cidadãos. É também uma forma de intervir na qualidade dos serviços prestados.

Para fazer valer o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Assim, a autoridade sanitária do SUS é exercida na União pelo ministro da Saúde, nos estados pelos secretários estaduais de Saúde e nos municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de Saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde.

### Participação Popular

O SUS foi fruto de um amplo debate democrático. Mas a participação da sociedade não esgotou nas discussões que deram origem ao SUS. Esta democratização também deve estar presente no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Os Conselhos de Saúde, que devem existir nos três níveis de governo, são órgãos deliberativos, de caráter permanente, compostos com a representatividade de toda a sociedade. Sua composição deve ser paritária, com metade de seus membros representando os usuários, e a outra metade, o conjunto composto por governo, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Os conselhos devem ser criados por lei do respectivo âmbito, em que serão definidas a composição do colegiado e outras normas de seu funcionamento.

As Conferências de Saúde são fóruns com representação de vários segmentos sociais que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação da saúde e ajudar na definição da política de saúde. Devem ser realizadas em todos os níveis de governo.

Um último aspecto que merece destaque é o da complementaridade do setor privado. Este princípio se traduz nas condições sob as quais o setor privado deve ser contratado, caso o setor público se mostre incapaz de atender a demanda programada. Em primeiro lugar, entre os serviços privados devem ser prioridade os não-lucrativos ou filantrópicos. Para a celebração dos contratos, deverão

ser seguidas as regras do direito público. Em suma, trata-se de fazer valer, na contratação destes serviços, a lógica do público e as diretrizes do SUS. Todo serviço privado contratado passa a seguir as determinações do sistema público, em termos de regras de funcionamento, organização e articulação com o restante da rede. Para a contratação de serviços, os gestores deverão proceder a licitação de acordo com a Lei Federal nº 8.666/93.

A criação do SUS, pela constituição Federal, foi depois regulamentada através das leis nº 8080/90, conhecida como lei Orgânica da Saúde, e nº8142/90. Estas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde; estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitárias, epidemiológica e saúde do trabalhador; regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular; formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas com base nas normas do direito público, dentre outros vários princípios fundamentais do SUS. Outros instrumentos têm sido utilizados para possibilitar a operacionalização do Sistema, dentre as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde, sob a forma de portaria.

### Considerações Finais

A operacionalização das diretrizes aqui apresentadas tem sido uma tarefa cotidiana de vários dos municípios brasileiros. Esta não tem sido uma tarefa simples e enfrenta obstáculos de toda ordem: dificuldades de financiamento, disputa de grupos com interesses divergentes, insuficiência de capacidade gerencial, excessiva burocracia nas formas de administrar a coisa pública, experiência ainda recente com os processos de descentralização e democratização, insuficiência de mecanismos jurídicos para a regulação da rede privada, formação de recursos humanos com perfil diferente daquele demandado pelo novo sistema e uma lista interminável de outros problemas. Apesar disso, várias experiências bem-sucedidas têm sido implementadas. O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança de saúde no Brasil. Entendê-lo é uma boa forma de fortalecer a luta por sua construção.

### Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Lei nº8.142/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília: IEC, 1994.
- GOULART, F. A. A. Distritalização e Responsabilidade Sanitária. Brasília, 1991.
- MENDES, E.V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.
- TEIXEIRA, S. M. F. & OLIVEIRA, J. A. A. Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1976.

### **AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS**

- *SOLIDARIEDADE, NÃO PRECONCEITO E NÃO DISCRIMINAÇÃO*
- *GARANTIA DOS DIREITOS INDIVIDUAIS E SOCIAIS DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS*
- *INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO*
- *EQUIDADE E SUSTENTABILIDADE DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE*

### **AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **LINHAS ESTRATÉGICAS**

- *PROMOÇÃO DE ADOÇÃO DE PRÁTICAS MAIS SEGURAS, POR MEIO DO ACESSO À INFORMAÇÃO E INSUMOS DE PREVENÇÃO*
- *ESTABELECIMENTO DE MODELOS DE INTERVENÇÃO, CONSIDERANDO ASPECTOS CULTURAIS, SOCIAIS E VALORES RELATIVOS AOS SEGMENTOS POPULACIONAIS ENVOLVIDOS*
- *PRIORIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES REALIZADAS POR PARES, QUE PROMOVAM MUDANÇA DE PRÁTICAS, ATITUDES, VALORES E CRENÇAS EM RELAÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS*
- *FORTALECIMENTO DAS REDES SOCIAIS/POPULARES, IMPLEMENTANDO ALTERNATIVAS PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA*

### **AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **AÇÕES NA COMUNIDADE**

- *ACESSO E ACOLHIMENTO*
- *MAPEAMENTO DE GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS*
- *DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES QUALIFICADAS SOBRE DST/HIV/AIDS*
- *DISPONIBILIZAÇÃO DE INSUMOS DE PREVENÇÃO*
- *INSERÇÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS*
- *ARTICULAÇÃO COM A SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA, COM EXPERIÊNCIA EM PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS*
- *ENCAMINHAMENTO PARA OS SERVIÇOS DAS UNIDADES BÁSICAS E PARA OS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM DST/AIDS*

## AÇÕES DE PREVENÇÃO ÀS DST/HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA

### AÇÕES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- *ACOLHIMENTO*
- *AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AS DST/HIV/AIDS EM SALA DE ESPERA*
- *DIAGNÓSTICO E ACONSELHAMENTO*
- *COMUNICAÇÃO DOS PARCEIROS SEXUAIS*
- *DISPONIBILIZAÇÃO DE INSUMOS DE PREVENÇÃO*
- *ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS DST*

### **Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids**

#### **Importância do Aconselhamento e Diagnóstico na Rede Básica**

- *Aids atinge todos os segmentos populacionais*
- *Diagnóstico tardio*
- *Milhares de pessoas desconhecem sua sorologia*
- *Acesso ao diagnóstico e ao tratamento é um direito do cidadão*
- *Favorece uma atenção integral*

### **Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids**

#### **Requisitos importantes ao profissional**

- *Habilidades de comunicação*
- *Conhecimento Técnico*
- *Livre de juízo de valor*
- *Postura ética*
- *Atitude empática*
- *Sensibilidade às questões sócio-culturais e emocionais*
- *Sensibilidade às demandas singulares de cada usuário*

### **Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids**

#### **Aconselhamento Coletivo**

*Processo educativo participativo, que visa despertar/ampliar a percepção de risco para a identificação dos sinais e sintomas de DST/HIV/Aids, bem como o esclarecimento a respeito de suas complicações e seqüelas quando não tratadas e oferecer o teste anti-HIV.*



### Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

#### Aconselhamento Coletivo

*Importante:*

- Realizar a sessão de maneira interativa
- Evitar polarizações
- Estimular a participação do grupo
- Evitar conteúdos em excesso
- Trabalhar a demanda do grupo (evitando orientações prescritivas)
- O tempo varia conforme as necessidades de cada grupo

### Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

#### Aconselhamento Individual

*É um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.*

### Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

#### Aconselhamento

##### COLETIVO

- + informativo
- Maior público
- Demanda do grupo
- Não particulariza
- Desperta para auto percepção de riscos individuais

##### INDIVIDUAL

- Demanda individual
- Complementa o coletivo
- Particulariza
- Suporte emocional
- Avalia riscos individuais
- Plano de redução de risco

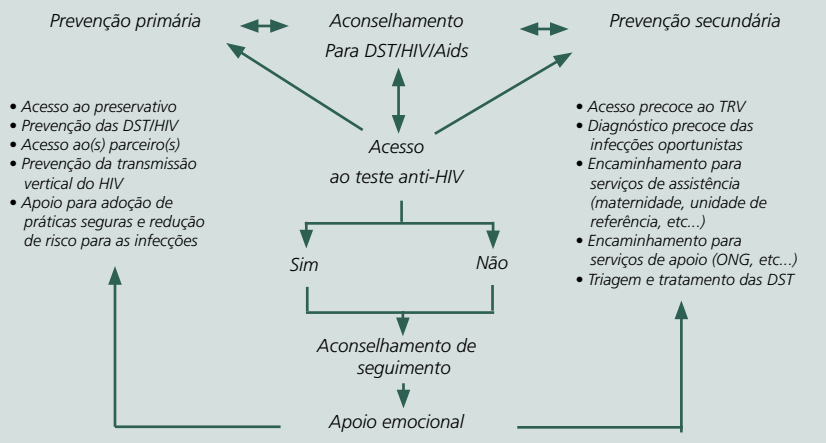
### Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

#### Objetivos do Aconselhamento em DST/Aids

- Ampliar o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV da população em geral e dos segmentos mais vulneráveis
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV
- Promover a adoção de práticas seguras e qualidade de vida
- Estimular o diagnóstico de parcerias sexuais
- Reduzir o impacto do diagnóstico positivo e o stress na convivência com o HIV e a Aids
- Auxiliar no processo de adesão ao tratamento

## Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

### Aconselhamento para DST/HIV/Aids: porta de entrada para prevenção e cuidados



## Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/Aids

### Componentes do Aconselhamento



*“A característica mais marcante do aconselhador é a sua grande sensibilidade a pessoas”.*

*Rollo May*

## Comunicação, Informação e Ação Social

*Valdir de Castro Oliveira*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## AS VARIÁVEIS QUE DIFICULTAM OU FACILITAM A COMUNICAÇÃO

### **Verticalidade e horizontalidade no contexto da comunicação grupal**

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

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

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

- o poder de falar, de decidir ou de agir é tão concentrado que as pessoas não se sentem responsáveis em participar ativamente das decisões e preferem cumprir apenas as ordens;
- a opinião dissonante (diferente) tem um custo emocional e político para as pessoas e, dentro de um clima de comunicação verticalizada, torna-se mais vantajoso, para o indivíduo, calar a sua opinião e restringir a sua participação;

- a comunicação, ainda nesse contexto, concentra o poder em pessoas detentoras de cargo ou de alguma forma de saber (o médico, o chefe, o gerente, por exemplo) de tal maneira que inibe os outros membros de se manifestarem, por insegurança ou intuição de que sua opinião terá pouco valor ou credibilidade;
- também a ausência de condições reais de participação (instrução, dificuldades de acesso e entendimento da informação) inibe as pessoas e determina uma integração pouco produtiva entre os membros da equipe.

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

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

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

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

### **b) Comunicação e Poder**

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

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

A permanência prolongada de pessoas ou grupos no poder também pode contribuir para gerar este clima e suscitar comportamentos e atitudes passiva dos membros da equipe nos processos decisórios e nas ações desenvolvidas. *Como não compartilham das decisões sentem-se descompromissados com os erros ou acertos do trabalho, neste caso a responsabilidade é invariavelmente atribuída a um núcleo restrito de pessoas que ocupa espaços estratégicos na equipe. Quando isso acontece, normalmente instaura-se um processo intensivo de comunicação do tipo aclamativa, isto é, a participação se resume a puros atos de declaração de apoio e concordância com as decisões dos mandatários da equipe.*

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

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

### **c) Comunicação, informação e experiência cultural**

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

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

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

Também, queremos dizer quem um determinado grupo ou equipe coexistem diferentes pessoas, com diferentes experiências educativas e de vida e, portanto também com diferentes cargas e demandas informacionais. Uma comunicação somente poderá tornar-se eficaz se levar em conta estas diferenças, pois para alguns, uma determinada informação pode ser redundante (repetitiva), mas para outros significa uma novidade e uma nova possibilidade de interpretação do mundo e do próprio trabalho em questão. Ademais, cada pessoa faz uso também diferenciado

da informação, dependendo da expectativa que mantém em relação ao trabalho e de acordo com suas experiências anteriores. Alguns são mais atirados, pois sempre interpretam utopicamente o mundo. Outros são mais cépticos, pois experiências anteriores ou análise da atualidade estão dizendo-lhes que “mais uma vez, nada vai dar certo”. Já outros são diferentes e apenas cumprem, de maneira positiva ou negativa, o seu dever.

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

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

## 2. A Comunidade e o trabalho de equipe

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

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

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

Se por um lado a presença destes mediadores comunitários pode ser entendida como uma maneira de facilitar a relação da equipe com a comunidade, por outro lado, ela cria uma nova estrutura de poder que inibe a participação do restante da



comunidade, que ficou fora do círculo decisório. Muitas vezes, apenas tardiamente a equipe toma conhecimento destes problemas e, quando assim acontece, as relações entre as pessoas já estão deterioradas e os conflitos irreversivelmente instalados, com graves conseqüências para o trabalho. E não custa lembrar que essa questão está ligada à disputa por supostos benefícios a serem auferidos e distribuídos para a comunidade e, como sabemos, quem distribui alguma coisa é detentor de alguma forma de poder.

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

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

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

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

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

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

## ESCUTE

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

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

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

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

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

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

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

### Redução de danos

#### O que é Redução de danos?

- *“Em saúde pública, Redução de Danos consiste em medidas que visam prevenir ou reduzir conseqüências negativas à saúde, associadas a certos comportamentos” (OMS)*
- *“Estratégia que orienta a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo” (Manual de Redução de Danos/ MS)*

*O princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, à medida em que os estudos e a experiência dos serviços demonstram que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo esses, precisam ter o risco de infecção pelo HIV e hepatites minimizados*

### Redução de danos

#### Direitos humanos...

- *Reconhecimento no outro - ainda que seja diferente - da nossa própria humanidade*
- *Quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de drogas ilícitas, essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que umas pessoas são mais cidadãos do que outras*
- *Os UDIs não têm visibilidade social e não se identificam com os serviços de saúde*

### Redução de danos

#### Principais componentes

- *Informação, educação e comunicação*
- *Disponibilização de insumos de prevenção*
- *Aconselhamento e encaminhamento*
- *Vacinação contra a hepatite B*
- *Advocacy e comunicação social*
- *Vigilância epidemiológica*

### Redução de danos

#### **Interação TARV e outras drogas**

- *MACONHA: Possível aumento moderado nos níveis de THC, sem efeito nos ARV, nenhuma associação encontrada entre o uso e a progressão da doença;*
- *COCAÍNA E DERIVADOS: Interação muito improvável, estudos mostram aceleração da progressão da infecção pelo HIV, atenção às co-infecções (uso injetável);*
- *METANFETAMINA (ECSTASY): Interações perigosas e fatais já descritas, particularmente com uso de Ritonavir, por elevação importante dos níveis de Ectasy.*

### Redução de danos

#### **Álcool:**

- *Não há relatos de que seu uso concomitante reduza a eficácia dos ARV*
- *Todos os ARVs apresentam algum grau de hepatotoxicidade*
- *Há aumento de toxicidade hepática, tanto dos ARV, quanto do álcool, podendo levar a hepatite, especialmente em casos de co-infecção HBV ou HCV;*
- *Álcool + ddC, ddl e/ou d4T: aumento no risco de pancreatite e neuropatia periférica*
- *Efeito euforizante: redução na prevenção?*



## Principais vulnerabilidades e riscos para a infecção do HIV

A avaliação de risco pressupõe um diálogo com o cliente sobre a necessidade da adoção e medidas preventivas. Nesse sentido é preciso que as orientações para a prevenção devam levar em conta a vivência do paciente, suas experiências dificuldades e dúvidas. Dessa forma, evidencia-se a importância de atentarmos para a vulnerabilidade e riscos presentes na vida dos sujeitos.

### O que é vulnerabilidade ?

É o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, frente a uma determinada doença, condição ou dano.

A falta de acesso a ações e serviços de saúde e educação é um fator de ampliação da vulnerabilidade. Fatores como idade gênero, condições de vida, escolaridade, acesso aos meios de informação, entre outros, influencia tanto no comportamento quanto na vulnerabilidade.

Quando falamos em vulnerabilidade estamos não apenas identificando as situações em que as pessoas correm maior ou menor risco de se expor às DST, Aids ou fazer uso de drogas, mas sim, procurando fornecer informações de forma que cada pessoa perceba se tem maior ou menor chance de se infectar ou de proteger.

De forma geral, todas as pessoas que se expõem a uma relação sexual sem proteção, recebem sangue não testado ou compartilham agulhas e seringas correm o risco de se infectar. Entretanto fatores individuais e coletivos (social e institucional) apontam graus variados de vulnerabilidade ao qual cada indivíduo está exposto.

**Vulnerabilidade individual:** está relacionada, principalmente com os comportamentos adotados pelo individuo e que podem favorecer a infecção. Alguns fatores determinam a vulnerabilidade pessoal para a infecção por DST:

- a) falta de informação e medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV.
- b) Pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos de infecção;
- c) Baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, incluindo hábitos de vida mais seguros.

**Vulnerabilidade coletiva:** está relacionada com a vulnerabilidade tanto do ponto de vista social quanto institucional.

- a) **Vulnerabilidade social:** questões sociais e econômicas influenciam no aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas, tornando os indivíduos mais vulneráveis que outras, especialmente os jovens que, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego falta de moradia, baixa escolaridade e violência, além da falta de acesso aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção (preservativos e seringas descartáveis).
- b) **Vulnerabilidade institucional:** diz respeito ao desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e assistência aos portadores de DST, envolvendo instituições governamentais, não-governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo.

A informação precisa é freqüentemente confundida com crenças locais. Certas crenças podem até gerar falsos sentimentos de segurança e, se as ignoramos perdemos a chance de esclarece-las, assim como de pensarmos com as clientes alternativas viáveis para novos hábitos.

Para assegurar maior probabilidade de adoção de práticas seguras, devemos em primeiro lugar, saber no que o paciente acredita e procurar desmistificar o que se fizer necessário, sem desqualifica-lo e sim procurando fazê-lo compreender as informações científicas, relacionando seu estado atual (sinais e sintoma) e seus comportamentos.

A seguir apresentamos as principais vulnerabilidades para a infecção do HIV:

### **Práticas sexuais sem preservativos**

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

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

Destaca-se a vulnerabilidade das mulheres, que se encontram em situação de submissão na relação com os homens para negociar o uso do preservativo, principalmente com seus parceiros fixos.

### **Uso de Drogas**

O uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas sempre estiveram atrelados ao julgamento moral. Por isso, é necessário reforçar o acolhimento no serviço das pessoas que usam drogas e considerar sua escolha um direito de cidadania.



Orientação para a abstinência das drogas, no primeiro contato com o usuário de drogas, não tem se mostrado efetivo, uma vez que esta prática, quando revelada, vem acompanhada de grande receio de denúncias à polícia e a família. Quando se sente acolhido, o usuário acaba solicitando orientação para o tratamento da dependência de drogas. Este momento é fundamental para encaminhá-lo a um serviço especializado.

Na maioria das vezes, a pessoa não revela seus hábitos sobre drogas e é preciso perguntar objetivamente sobre isso, independente da idade.

Deve-se abordar o efeito de substâncias relacionadas às práticas sexuais inseguras. O compartilhamento de agulhas, seringas e recipientes para a diluição da droga (cocaína) são práticas de altíssimo risco para a infecção do HIV. Deve-se recomendar a utilização de equipamentos individuais e o sexo seguro, pois se observa que embora os usuários de drogas sejam capazes de mudar seu comportamento em relação ao uso de drogas (não compartilhar por exemplo), isto não ocorre na mesma proporção em relação às práticas sexuais.

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

No caso dos usuários de drogas soropositivos, com indicação para tratamento com anti-retrovirais, reforçar a necessidade de adesão ao tratamento e esclarecer sobre a não interferência no efeito destes medicamentos.

### **Presença de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**

É importante o diagnóstico e informações sobre as outras DST e orientar sobre a relação com o HIV/aids. Ter tido uma DST significa que a pessoa não está usando a camisinha e, portanto, está se expondo ao HIV. É necessários avaliar o histórico de repetições de DST, a necessidade do tratamento do (a) parceiro (a) e a orientação do uso do preservativo em todas as relações sexuais.

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

#### **O que é risco ?**

È a exposição de indivíduos ou grupo de pessoas a determinados contextos que envolvem comportamentos, modo de vida, orientação sexual e aspectos culturais e sociais em relação à construção e representação da sexualidade e do uso de drogas em determinada sociedade, tornando-os suscetíveis aos agravos à saúde.

Abaixo estão algumas questões objetivas para uma avaliação de risco junto ao paciente. Cabe ao profissional verificar a pertinência destas questões em cada atendimento.

Este roteiro não é uma “camisa de força”, e para que assim não pareça é fundamental promover um diálogo que permita a abordagem destes assuntos de forma que fique claro para o paciente qual foi a situação de risco que o levou a adquirir a doença atual. A partir desta compreensão ele poderá refletir sobre estratégias viáveis para prevenção dos riscos por ele vivenciados e decidir se fará o exame sorológico anti-HIV.

**Comportamento sexual pessoal**

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

**Uso de droga**

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

**Outros fatores de risco pessoal**

1. Recebeu transfusão de sangue e/ou derivados ? Quando ?
2. Tem alguma tatuagem? Foi feita com material descartável ?
3. Outros fatores de risco.

**Comportamentos dos parceiros (as) sexuais**

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

**Atitudes de proteção do cliente**

1. O que o cliente faz para proteger-se de DST e HIV ?
2. Usa preservativo ? Quando e como ? Com que frequência ? Com quem ?
3. Quais atividades de baixo ou de sexo seguro o cliente pratica ? Com que frequência ? Com quem ? Por que ?

**Bibliografia:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de Prevenção ao HIV e outras DST na Atenção Básica à Saúde. In: Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família, Caderno da Atenção Básica as DST e Infecção pelo HIV/Aids. Brasília, DF, 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. PN–DST/Aids: Brasília, DF, 2003.

### Avaliação de risco para DST/HIV

#### Usuário/paciente

##### Comportamento sexual

- *Nº de parceiro(a)(s) sexual(is) no último ano.*
- *Prática sexual com parceiro(a)(s) novo(a)(s) ou diferente nos últimos três meses.*
- *Tipo de práticas sexuais: anal, vaginal, oral.*
- *Tem ou teve relações com pessoas do mesmo sexo?*

##### Uso de drogas

- *Usa álcool ou outras drogas antes ou durante o sexo?*
- *Usa droga injetável?*
- *Compartilha seringa e/ou equipamentos?*

##### Outros fatores de risco

- *Têm ou já teve alguma DST?*
- *Recebeu transfusão de sangue e/ou hemoderivados? Quando?*
- *Tem alguma tatuagem? Foi feita com material descartável?*

### Avaliação de risco para DST/HIV

#### Parceiro (a) sexual (is)

##### Comportamento sexual

- *Fazem sexo com outras pessoas?*
- *Têm ou já tiveram relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?*
- *Têm ou já tiveram alguma DST?*

##### Uso de drogas

- *Usam drogas? Compartilham seringas e/ou equipamentos*

##### Outros fatores de risco

- *Têm ou já tiveram alguma DST?*
- *São portadores do HIV?*



## Prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV

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

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

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

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

Temos conhecimento de que não é somente uma dúvida ou ansiedade geradas pela exposição ao risco da infecção, que levam uma pessoa a procurar os serviços que realizam o exame anti-HIV. Admissão em empregos, procedimentos cirúrgicos, visitas íntimas aos presídios, internações em clínicas para recuperação de usuários de drogas, são algumas das situações em que, implícita ou explicitamente, o resultado do teste anti-hiv é solicitado de forma compulsória. Portanto, ao cidadão só resta apresentar seu exame, sob pena de se ver privado de um benefício.

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

### **Quem é o beneficiário do resultado do teste?**

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

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

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

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

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

### **Qual a “utilidade” de um exame anti-HIV?**

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

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

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

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

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

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

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

*Texto do Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – 1999- Ministério da Saúde*

*O texto original sofreu alterações no sentido de adequar informações da atualidade.*





## MULHER DA LUTA E DOS DIREITOS

## GÊNERO CONSTRUINDO UM NOVO MODO DE INTERAGIR COM MULHERES E HOMENS

“O que se busca é um diálogo entre homens e mulheres. Nesse diálogo, diferença não significa o predomínio do masculino sobre o feminino.

A verdadeira igualdade é a aceitação das diferenças sem hierarquias.

A certeza da diferença permanecerá no corpo, e nele o encontro mais profundo”.

*(Rosiska Darcy de Oliveira)*

Falar de gênero exige que se introduza uma discussão sobre o patriarcado. O patriarcado significa o poder do homem na família e na sociedade. Os patriarcas detinham o poder da vida e da morte sobre seus filhos, mulheres e escravos, o privilégio do mando masculino em todos os setores da sociedade. Essa relação de domínio, posse e exploração desconhecia as especificidades culturais e históricas e reproduzia esse modelo por meio de instituições, como a família, a igreja e a escola. Ironicamente, sempre coube às mulheres a reprodução desse modelo.

O conceito e a teoria do patriarcado, sustentado pela estrutura político-ideológica, consistia em uma proposta teórica que tentava explicar a opressão feminina e as formas de superação dessa desigualdade.

As relações sociais entre homens e mulheres no patriarcado eram de extrema dominação e baseavam-se, principalmente, em dois pilares: na divisão do trabalho por sexo e na “posse” da sexualidade feminina. Essa concepção de poder e posse submetia a mulher a uma condição de permanente subordinação que se expressava na falta de acesso à oportunidades e benefícios, assim como as tomadas de decisão e no exercício do poder.

Nas sociedades sexistas, o que é masculino tem mais valor do que o feminino. Nesse caso, estabelece-se uma relação desigual de poder e de prestígio.

A teoria do patriarcado perde força nas décadas de 70 e 80, quando são aprofundados estudos a respeito da mulher e elaborados o conceito e a teoria de gênero. A temática feminismo ganha novos espaços nos meios acadêmicos. Nas Ciências Sociais o termo

gênero é utilizado em substituição à palavra sexo, em especial, ao tratar a opressão feminina que será maior ou em menor de acordo com a raça e a classe social a que a mulher pertença.

Esse novo paradigma representa um avanço no conhecimento. Essa foi, talvez, a maior ruptura dos modelos até então vigentes. Muda a forma de perceber o masculino e o feminino e muda também a distribuição desigual do poder.

*“Gênero é um conceito que se refere às relações entre mulheres e homens, mulheres e mulheres e homens e homens, as quais são determinadas pelo contexto econômico, político e social”*

*“Sexo é um conceito que explica as diferenças entre macho e fêmea da mesma espécie humana”.*

O conceito de gênero se refere apenas às pessoas e às relações entre os seres humanos. Explica os comportamentos de homens e mulheres da nossa sociedade e permite a compreensão das dificuldades que as mulheres enfrentam na vida política, no trabalho, na vida sexual, reprodutiva e na família.

Ao conhecer as diferenças sexuais, a sociedade percebe o que é um homem e o que é uma mulher. O que é masculino e o que é feminino, ou seja, as representações de gênero e estabelece “verdades” de como devem ser as relações sociais entre homem e mulher, entre as mulheres, entre os homens. São as relações de gênero.

As relações de gênero, são, portanto, criações das sociedades, construídas a partir das diferenças sexuais e dependem do momento histórico, das leis, das religiões, da organização da vida familiar e política. Variam de acordo com a raça, a idade e a classe social. No interior das famílias, os papéis do homem e da mulher são vivenciados explicitando as desigualdades resultantes das relações de domínio e opressão. Uma aprendizagem que é construída socialmente, produzindo e reproduzindo as diferenças e desigualdades nas relações de gênero.

Os homens são educados para serem superiores: competitivos, ativos, agressivos e independentes, racionais e intelectuais; enquanto as mulheres, para serem emocionais e sentimentais, cabendo às próprias mulheres o papel de defensoras e reprodutoras desse modelo machista. O mundo imprime às qualidades humanas o masculino e o feminino e, nessa diferença, confere mais poder aos homens.

Esse novo conceito tem como referência a compreensão de que o gênero é o resultado das aprendizagens acumuladas ao longo da vida, dentro de um determinado contexto histórico, político e social, invalidando a categoria sexo (biológico) para justificar as diferenciações entre homens e mulheres.

*“Gênero é um processo através do qual indivíduos que nasceram em categorias biológicas de machos e fêmeas tornam-se categorias sociais de mulheres e homens pela aquisição de atributos de masculinidade e feminilidade, definidos localmente... Adotar uma perspectiva de gênero é distinguir o que é natural e biológico, o que é social e culturalmente construído e, no processo, renegociar as fronteiras entre*

*o natural – e, por isso mesmo, relativamente inflexível e o social - relativamente transformável”.*

*(Kabeer, 1990)*

*Para compreender gênero é necessário esclarecer as relações de poder que permeiam todas as relações sociais: de classe, raça/etnia.*

*O ser mulher e o ser homem são construções sociais, políticas e ideológicas.*

## **O QUE APRENDEMOS E REPRODUZIMOS**

### **ESTEREÓTIPOS**

Menino não chora/ Menina é meiga

Menino é corajoso/ Menina precisa de proteção

Lugar de mulher é em casa

Isto é coisa pra homem/ isto é coisa pra mulher

Mulher é sexo frágil/ Homem é quem manda

Por trás de um grande homem há sempre uma grande mulher

Mães e filhas se ocupam dos trabalhos domésticos

Mulher nasceu pra casar e Ter filhos

*Os preconceitos e as diferenças são evidenciados e fortalecidos nas nossas relações cotidianas. PENSE NISSO*

## **TEMAS GERADORES DE DEBATE**

Modelo feminino \* modelo masculino

Sexo \* gênero \* preconceito \* sexismo

Educação \* dominação

Relações de poder

sociedade



## ESTRELAS DO MAR

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

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

O escritor espantou-se.

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

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

- Para essa fiz a diferença!

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

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

**SEJAMOS A DIFERENÇA!**

*( Autor desconhecido )*



*Esta publicação é uma adaptação de proposta de capacitação local aplicada na rede básica do Estado do Ceará, cedida pela autora e enfermeira Maria Alix de Araujo, capacitada pelo MS/ PN DST/Aids, na metodologia da problematização.*

#### **Consultoria para esta edição**

**Maria Alix de Araújo** – Enfermeira do Centro de Referência de DST de Fortaleza/CE e Professora da UNIFOR/ Universidade de Fortaleza.

**Carla Luzia França Araújo** – Enfermeira/ Professora da Escola de Enfermagem da UFRJ -Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Wânia Maria do Espírito Santo Carvalho** – Assistente Social/ Professora da Universidade de Brasília.

#### **Organizadora**

*Denise Serafim ( Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN- DST/Aids)*

#### **Colaboradores na validação da proposta**

##### **Profissionais de Saúde dos CTA -Centros de Testagem e Aconselhamento**

*Célia Fernandes Ribas Pereira (CTA Campo Grande/MS )*

*Cláudia Oliveira de Alencar (CTA de Contagem/MG )*

*Cristina Fernandes Vidziunas (CTA Estadual – Cuiabá/MT )*

*Denise Lucia Petry Lima ( CTA de SINOP/MT )*

*Jaqueline Marques de Menezes ( CTA de Brasília/DF )*

*Joana D'Arc Pereira Santos ( CTA de Recife/PE )*

*Karina Wolffenbuttel ( CRT-DST/COAS Estadual - São Paulo )*

*Ligja Maria de Souza Barbosa ( CTA Estadual – Aracaju/SE )*

*Luciana Varella de Oliveira (COA de Curitiba/PR )*

*Ludia Genovese Goulart Mondini ( CTA Estadual - Porto Alegre/RS )*

*Luiza de Souza Silva (CTA de Palmas/TO )*

*Maria Leonor Araujo Del Cura (CTA de Betim/MG )*

*Marilda Tavares de Paula Oliveira ( CTA Estadual – Belém/PA )*

*Mônica de Queiroz (CTA de Florianópolis/SC )*

*Mônica Wippel Roemann ( CTA de Joinville/SC )*

*Patrícia Lima Fonseca Rejane Marquim Leite de Sá (CTA Estadual – Salvador/BA )*

*Sandra Lúcia Filgueiras ( SES/RJ )*

*Sônia Maria Batista da Silva ( CTA/UFRJ – Rio de Janeiro/RJ )*

*Thamy Sodrê Araújo CTA de Brasília/DF )*

*Vicença Paula Soares Querre ( CTA de Brasília/DF )*

#### **Revisão Final**

*Denise Serafim ( Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN- DST/Aids)*

*Dulce Ferraz (Assessora Técnica da Unidade de Prevenção do PN- DST/Aids)*

#### **Assessor Responsável pela Unidade de Prevenção**

*Ivo Brito*

