

MANUAL DE EDUCAÇÃO INTER-PARES EM DIREITOS E SAÚDE SEXUAL & REPRODUTIVA



**Trabalho com jovens em situação de vulnerabilidade,
marginalidade e exclusão social**

**MANUAL DE EDUCAÇÃO INTER-PARES
EM
DIREITOS E SAÚDE SEXUAL & REPRODUTIVA**

Ficha Técnica

Título Original - Peer education handbook on sexual and reproductive health and rights

Escrito por Robert Zienoly e IPPF-EN

Edição inglesa de Poonam Thapa e Liuska Sanna

Edição Portuguesa- Manual de educação inter-pares em direitos & saúde sexual e reprodutiva

Tradução: Ana Madeira, para a APF

Adaptação e Revisão Técnica: Alice Frade e Bárbara Vilar com a colaboração de Elsa Faria

Design gráfico - António Portela, APF

ISBN - 978-972-8291-24-2

Impressão- Alfaprint, Lda

APF, Lisboa 2008

Depósito Legal: 28 4567/08

Índice de Conteúdos

Prefácios		
	Crescer em Responsabilidade	5
	Jovens: Agir para tornar o mundo num lugar melhor	6
Abreviaturas		7
Secção 1 – Introdução		
	Programas de educação inter-pares para jovens vulneráveis, marginalizados/as e socialmente excluídos/as	11
Secção 2 – Introdução à educação inter-pares		
	Transmitir e partilhar informação e desenvolver capacidades essenciais	15
Secção 3 – Temas fundamentais em direitos e em saúde sexual e reprodutiva		
	Compreender os temas	21
Secção 4 – Assuntos de saúde sexual e reprodutiva		
	Conceitos e definições	29
Secção 5 – Gerir programas de educação inter-pares		
	Fase I – Planear um programa	33
	Fase II – Implementar um programa	38
	Fase III – Monitorizar e Avaliar	45
Secção 6 – Trabalhar com grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos		
	Grupos vulneráveis: uma definição	51
	Pessoas que vivem com VIH/SIDA	55
	Utilizadores de drogas injectáveis (UDI)	60
	Crianças particularmente em risco: crianças da rua, crianças órfãs e crianças sem acompanhamento parental	63

Trabalhadores/as do sexo, prostituição e tráfico sexual	67
Minorias sexuais – homossexuais, homens que têm sexo com homens, lésbicas, bissexuais, transsexuais e transgéneros	70
Minorias étnicas e culturais ou grupos sócio-culturais específicos	76
Pessoas que vivem com “limitações físicas”	79
Secção 7 – Ferramentas para planear e gerir um <i>workshop</i>	
Organizar <i>workshops</i>	83
Glossário	95
Recursos	103
Anexos	
Anexo 1: Contrato de <i>workshop</i> para formação de educação pelos pares	109
Anexo 2: Formulário de Avaliação	110
Anexo 3: Questionário Pré-formação	111
Anexo 4: Exemplos de jogos e exercícios recomendados para educadores/as inter-pares	113
Anexo 5: Minuta para relatório de um <i>workshop</i> de educação inter-pares	115
Anexo 6: Não estás sozinho/a	116
Anexo 7: Europa: TAMPEP apoia trabalhadores do sexo enquanto educadores/as inter-pares	119
Anexo 8: Informação sobre o uso de drogas injectáveis	121

Crescer em responsabilidade...

Ser jovem é questionar o mundo que o rodeia e encontrar caminhos, mais sinuosos ou mais lineares, que permitam a vivência desse percurso pleno de emoções e de sentido. Neste processo, é sabido o quanto a interacção entre os pares é muitas vezes factor condicionador e de influência das escolhas que rapazes e raparigas fazem. A importância dos pares é tanto mais realidade quanto mais nos aproximamos de grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos (VMSE) e constatamos as barreiras da cultura, tradições, crenças, tabus, mitos, preconceitos,....

Uma intervenção eficaz junto destes grupos deve, efectivamente, privilegiar aquela que mais possibilita o processo de identificação entre os diferentes intervenientes. A formação/educação pelos pares, assume-se como uma estratégia rica e facilitadora da interacção com públicos que, pelas suas características de vulnerabilidade, se agregam em verdadeiras “ilhas” sociais. Só assim, é possível estabelecer uma comunicação promotora da motivação para a mudança e adopção de comportamentos responsáveis e estilos de vida saudáveis.

Estamos conscientes de que ainda muito se encontra por fazer na promoção da saúde sexual e reprodutiva e na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos. Importa possibilitar e facilitar uma maior acessibilidade aos meios, quer técnicos quer de conhecimento, daqueles que por algum motivo se encontram numa situação de VMSE.

A APF Portuguesa, ao longo dos anos, tem chamado particular atenção para esta realidade. Desde sempre, procurou promover acções de intervenção em contextos e espaços onde a vulnerabilidade bio-psico-social se

encontra presente, reconhecendo que as pessoas são os actores principais em todas as fases da sua intervenção.

Este manual reflecte os princípios do trabalho que se têm desenvolvido e procura dar voz a uma realidade muitas vezes esquecida. A simplicidade da linguagem, o seu pragmatismo, permitem-nos “viajar” para um mundo paralelo e questionar as nossas metodologias de intervenção confrontando-nos com emoções e sentimentos muitas vezes desconhecidos.

Projectos como este revelam o quanto rapazes e raparigas podem ser pró-activos no desenvolvimento de acções de intervenção comunitária pretendendo incentivar à sua participação na formação interpares.

Neste sentido, é com grande satisfação que a APF Portuguesa acolhe esta iniciativa, esperando que este documento se traduza numa referência ao desafio da intervenção com grupos VMSE e uma motivação para todos os actores sociais da Educação/Formação inter-pares.

O percurso de cada um será sempre uma opção individual. Cabe ao profissional, promover uma retaguarda segura para que essas opções se façam na plena consciência e responsabilidade dos direitos e deveres enquanto ser humano e cidadão.

A edição e disseminação deste Manual pretende ainda contribuir para o reforço da abordagem da saúde e direitos sexuais e reprodutivo das pessoas jovens no contexto da igualdade de oportunidades e não discriminação, como factor essencial ao desenvolvimento, inclusão social e boa consecução dos direitos humanos.

Manuela Moura
Direcção Nacional da APF
Março de 2008

Jovens: Agir para tornar o mundo num lugar melhor

Em 1995 a Rede Europeia da Federação Internacional para o Planeamento da Família (IPPF-EN) adoptou o mote “Faz acontecer... Fá-lo agora” como Estratégia Europeia para a Juventude. Desde então, a IPPF-EN tem demonstrado o nosso compromisso com este mote através de várias iniciativas bem sucedidas que têm dado a conhecer ao mundo aquilo que os e as jovens podem fazer e ser. Rapazes e raparigas podem assumir a responsabilidade, participar em debates sobre direitos sexuais e reprodutivos, incluindo o VIH/SIDA, e lutar por uma causa que vise tornar o mundo num lugar melhor - conseguem lidar com o desconhecimento e falta de informação que rodeia as suas vidas e inspirar o mundo adulto através das suas acções.

Isto foi manifestado no projecto regional “Promover os Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva e os Direitos Humanos de Jovens e Adolescentes nos Balcãs”. Este manual é um reflexo da participação no projecto de cinco organizações da juventude, sedeadas na Sérvia, Montenegro, Croácia, Macedónia e Kosovo, e da APF da Bósnia e Herzegovina. Muito deste conteúdo é o resultado das vozes e das experiências de colaboradores/as e voluntários/as destas organizações. Ele reforça as nossas convicções de que as escolhas da saúde sexual e reprodutiva devem ser respeitadas e que a diversidade deve ser valorizada e celebrada – convicções que são mais do que evidentes na Europa.

A promoção e defesa colectiva de assuntos relacionados com o género, a cultura, os direitos e a justiça motivaram a elaboração deste manual. Partindo das fragilidades da vida das pessoas, do embaraço da vulnerabilidade, do receio da negação, da solidão da vergonha, da raiva de alguém envolvido num abuso de agressão, da dor de uma pessoa que vive com VIH/SIDA e das dificuldades do crescimento e desenvolvimento pessoal, este manual

valoriza a mensagem “a vida das pessoas é essencial”. O manual vai para além da acção face à infecção e à doença, e ajuda a apresentar e a conhecer as situações através do olhar de outras pessoas. Encoraja a compreensão, o amor, o entendimento e a esperança, na medida em que responde à questão “para onde vamos a partir daqui?” Para além disso, oferece competências que permitem a todas as pessoas tomarem a responsabilidade e direccionarem as suas próprias vidas, concedendo a outras o direito de viver com dignidade.

Através deste projecto, a nossa experiência nos Balcãs foi além dos programas convencionais para e com jovens. Ele desafiou rapazes e raparigas a apreenderem de uma forma diferente a entrada num mundo mais vulnerável que o seu – o dos/das jovens que vivem na pobreza, o dos/das marginalizados/as e os/as jovens socialmente excluídos/as. A essência da informação e da educação inter-pares é a simplicidade. A quem mais se abriria senão a um/a amigo/a, a alguém que conhece e em quem confia, que se encontra em circunstâncias semelhantes e que tem uma experiência semelhante? Por esta razão, o conceito de inter-pares mantém-se eficaz em unir as pessoas. Este projecto provou ser um meio excepcional para comunicar com mensagens directas sobre a vida e as suas complexidades, colocando, contudo, toda a gente à vontade. A parte mais reconfortante é saber que os/as jovens envolvidos/as no projecto, “a minoria sortuda” como um participante os descreveu, estão capacitados para assumir os temas e o diálogo sobre os assuntos para além do projecto, e para os tornar elementos integrantes do seu trabalho e das suas vidas.

Aos rapazes e raparigas corajosos que “lutaram esta luta” dizemos: não estão sós na procura de soluções. Nós estamos convosco em todos os momentos dessa procura.

Vicky Claeys

Directora Regional

Rede Europeia da IPPF

Abreviaturas

CRE	Crianças em Risco Especial
D e SSR	Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
FHI	Family Health International
HSH	Homens que têm Sexo com Homens
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IPPF	Federação Internacional para o Planeamento da Família
IPPF-EN	Rede Europeia da Federação Internacional para o Planeamento da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gay, Bissexual e Transgénero
MGF	Mutilação Genital Feminina
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PID	Pessoas Internamente Deslocadas
PVSI DA	Pessoas que Vivem com VIH/SIDA
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIECUS	Conselho de Informação e Educação Sexual dos Estados Unidos
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
UDI	Utilizador de Drogas Injectáveis
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Cultura e a Ciência
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNHCR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VMSE	Vulneráveis, Marginalizados e Socialmente Excluídos

Introdução

Programas de educação inter-pares para jovens vulneráveis, marginalizados/as e socialmente excluídos/as

A quem se destina este manual?

Este manual dirige-se a educadores/as inter-pares, formadores/as coordenadores/as e organizações não governamentais (ONG) que desejem gerir programas de educação inter-pares destinados a jovens, em particular jovens inseridos em comunidades e grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos (VMSE).

Porquê usar este manual?

Este manual constitui um recurso útil. Contém ferramentas concretas, abordagens e estratégias – com exemplos da vida real – que podem ajudar quando se trabalha com populações VMSE.

De que forma é que este manual é diferente?

Embora existam muitos documentos e manuais sobre o tema da educação inter-pares, existe também uma necessidade crescente de melhorar os programas, abordando as temáticas específicas com que se defrontam as pessoas jovens VMSE em todo o mundo.

Este manual foi concebido para responder a essa necessidade. Mais importante ainda, oferece ideias para encorajar jovens a participar e a envolverem-se no processo de educação inter-pares o mais empenhadamente possível, de modo a que os programas que estão a ser desenvolvidos melhor correspondam às suas necessidades.

O estilo de escrita

Este manual reflecte o contributo e as ideias de muita gente (sendo esta a forma como a educação inter-pares funciona na vida real), incluindo educadores/as inter-pares, profissionais de saúde, pessoas dos grupos VMSE e aquelas que têm experiência em trabalhar com estes.

“Nós” e “Eles”

Irás notar que as frases estão algumas vezes conjugadas na primeira pessoa e outras na terceira. A razão para esta diferenciação reside no facto de muitos dos conteúdos e ideias serem de educadores/as inter-pares de vários

países e de vários grupos, incluindo as populações VMSE abrangidas por este programa. Assim, a conjugação na primeira pessoa representa as experiências e lições apreendidas por educadores inter-pares em todo o mundo, enquanto a conjugação na terceira pessoa provém de outras fontes.

Quem são os/as “intervenientes”?

Utilizamos o termo “interveniente” e o tipo de interveniente – *primário*, *secundário* e *chave* – em vez de expressões como populações e grupos alvo, beneficiários ou audiência. Neste manual:

Intervenientes primários são jovens entre os 10 e os 24 anos, incluindo jovens vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos (VMSE);

Intervenientes secundários são as pessoas que trabalham directamente com jovens;

Intervenientes-chave são as pessoas cujo apoio indirecto é essencial para o sucesso de um programa ou de um projecto.

Para uma explicação mais detalhada dos intervenientes, veja a secção 5.

Uma colecção rica de vozes

Esperamos que esta colecção rica em vozes e em perspectivas dê vida a este manual e espelhe pessoas reais em situações reais. Reflecte o modo como os diálogos e a formação da educação inter-pares se faz e como deve ter lugar. Tal como foi mencionado, os/as educadores/as inter-pares são, por vezes, oriundos/as de grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos. Se este estilo de escrita nos tem ou mantém envolvidos de modo a que possamos compreender, teremos então sido bem sucedidos no trabalho que realizámos.

Porque precisamos de programas de educação inter-pares?

As pessoas entendem-se melhor com as experiências do seu próprio grupo e rapazes e raparigas não são excepção. Conseguem compreender as experiências de

vida, stress, desafios e vulnerabilidades umas das outras, assim como as barreiras e os obstáculos com que os seus pares se defrontam na procura de melhor saúde.

Em espaços de educação formal, frequentemente são adultos com formação específica em educação ou professores/as que leccionam os temas curriculares. Porém, o grupo pode desempenhar um papel bastante mais importante em questões de carácter mais pessoal, social e psicológico. O grupo pode também ter algo único para oferecer – a sua reflexão sobre a experiência e motivação.

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) é uma área na qual os factores psicológicos e sociais – tais como, a percepção das “normas sociais” (aquilo que pensamos ser o mais comum) e a “modelação do comportamento” (seguindo os exemplos estabelecidos pelos pares) – desempenham um papel fundamental. Os programas de educação inter-pares são importantes para a mudança social, para garantir a existência de pares responsáveis e lideranças dentro das comunidades de jovens. Alguns podem desempenhar papéis chave e desenvolver intervenções no terreno, quando necessário.

O que se encontra neste manual?

Embora, essencialmente, escrito por educadores inter-pares, o manual apresenta-se também como uma ferramenta útil para formadores (de educadores/as inter-pares), formadores coordenadores (que formam os formadores) e as ONG que gerem programas de educação inter-pares. O manual encontra-se dividido em 9 secções:

Neste momento está na **Secção 1**, a Introdução, que explica o objectivo deste manual.

A **Secção 2** define uma abordagem sumária da educação inter-pares, com conceitos básicos, metas e objectivos, vantagens e desvantagens da utilização da educação inter-pares, bem como o papel de um/a educador/a inter-pares.

A **Secção 3** oferece as definições de alguns dos assuntos mais importantes na educação inter-pares na medida em que se relacionam com os direitos e a saúde sexual e reprodutiva (DeSSR). Esta secção inclui conceitos como direitos humanos, sexo e sexualidade, e temas sociais como o estigma, a discriminação, o género e a cultura.

A **Secção 4** define e explica assuntos centrais de saúde

sexual e reprodutiva.

A **Secção 5** descreve as fases da gestão dos programas de educação inter-pares:

A **primeira fase** diz como planear o seu programa com os intervenientes que possam estar interessados, como recrutar educadores inter-pares e como construir um *currículum*;

A **segunda fase** foca-se na implementação, explicando modelos e teorias relacionadas com a educação inter-pares e algumas das técnicas/metodologias utilizadas;

A **terceira fase** diz como monitorizar ou registar e avaliar o desenvolvimento do programa inter-pares.

Na **Secção 6** são discutidas as formas de envolver e trabalhar com grupos VMSE, começando com definições e ideias gerais sobre vulnerabilidade e exclusão social, incluindo sete grupos específicos:

- Pessoas que vivem com VIH/SIDA (PVSIDA)
- Utilizadores de drogas injectáveis (UDI)
- Crianças em risco especial (CRE), incluindo órfãos e crianças da rua
- Trabalhadores/as sexuais
- Minorias sexuais (homossexuais, lésbicas, bissexuais, transgéneros)
- Grupos étnico-culturais específicos
- Pessoas com limitações físicas ou psíquicas

Para cada caso, existe uma descrição do grupo, das limitações e dos obstáculos com que se deparam. Para além disso, são descritas alguns exemplos de boas práticas.

A **Secção 7** oferece um *kit* de formação que dá exemplos de como organizar um *workshop* específico, jogos quebra-gelo e exercícios que educadores/as inter-pares podem utilizar, bem como exemplos de formulários, questionários para avaliação, testes e relatórios de *workshops*.

No final do manual encontram-se vários anexos com exemplos de acções de formação e para a elaboração de questionários. Existe também uma lista de recursos úteis para a educação inter-pares, incluindo *websites*, manuais e materiais pedagógicos.

Introdução à Educação Inter-pares

Transmitir e partilhar informação — desenvolver capacidades essenciais

O que é a educação inter-pares?

A educação inter-pares é um método de educação que permite às pessoas que têm algo em comum (tal como: idade, género, condição social, interesses, etc.) comunicar umas com as outras, de forma a transmitir informação e a desenvolver competências. O objectivo é motivar para a alteração de comportamentos menos saudáveis.

Aprendemos a ser educadores/as inter-pares através de programas que nos ajudam a desenvolver as capacidades necessárias para desenvolver a educação formal e/ou informal.

É um facto...

Através da educação inter-pares, adolescentes e jovens adultos/as podem ensinar e aprender temas de saúde, tais como:

- saúde sexual e reprodutiva;
- prevenção do VIH/SIDA e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- violência de género;
- prevenção de uso abusivo de substâncias;
- ... e muito mais.

A educação inter-pares não é restrita a jovens. Ela pode ter lugar com todos os grupos desde que possuam alguma característica em comum.

Os nossos objectivos na educação inter-pares

Um dos nossos objectivos na educação inter-pares é o de promover mudanças nas vidas dos/as jovens influenciando positivamente as suas atitudes, crenças e comportamentos. Outra das finalidades da educação inter-pares é apoiar, promover e reforçar atitudes e comportamentos saudáveis onde eles já existem.

As metas e objectivos da educação inter-pares variam dependendo:

- dos intervenientes
- do enfoque do programa específico
- da abrangência do projecto
- do contexto da interacção ou intervenção

As metas do programa de educação inter-pares normalmente incluem:

- a passagem de conhecimento através do ensino de dados e de factos com vista a criar consciência sobre alguns assuntos, como é o caso da saúde (por exemplo, saúde sexual e reprodutiva, utilização abusiva de substâncias, violência de género);
- ajudar os intervenientes primários a desenvolver competências fundamentais (por exemplo, capacidade de negociação, capacidade na tomada de decisão e procura de informação sobre métodos de sexo seguro);
- motivar os intervenientes primários a manter ou a desenvolverem comportamentos saudáveis e seguros, de forma a reduzir o risco de exposição ao VIH/SIDA e a outras IST.

O impacto da educação inter-pares

Um bom programa de educação inter-pares ajudará um/a jovem a desenvolver e reforçar:

- auto-confiança, auto-estima
- responsabilidade
- atitudes assertivas
- capacidade de comunicação
- capacidade para ouvir as outras pessoas
- competências de organização e de gestão (para os/as líderes)

Cenários formais vs informais

Educadores inter-pares são formados para vários tipos de trabalho em diferentes ambientes, tanto formais como informais.

Cenários formais	Cenários informais
<p>Em cenários formais, existe, normalmente, uma audiência ou grupo de pessoas específico, tal como uma turma de alunos/as ou de recrutas militares.</p> <p>A educação formal pode acontecer nas escolas, universidades, organizações comunitárias como os clubes ou campos de férias. As datas e os momentos são normalmente definidos para uma sessão única ou para um programa mais alargado.</p> <p>É provável que o/a educador/a defina o programa e estabeleça objectivos com o grupo. Muitos desenvolverão uma avaliação formal utilizando um pré ou pós-teste para avaliar o impacto do programa.</p>	<p>A educação inter-pares pode também acontecer de uma forma informal, tal como num encontro de rua, num clube, café, festa ou discoteca, onde potenciais intervenientes primários tendem a encontrar-se socialmente, ou por outras razões. Este tipo de educação inter-pares tende a ser mais espontânea, menos estruturada, de menor duração e mais individualizada.</p> <p>Alguns utilizam o termo “<i>PEER OUTREACH</i>”, o qual pode referir-se a vários níveis de intervenção nas comunidades da população – alvo. A educação inter-pares acontece quando existe uma aprendizagem real durante um encontro, mais do que uma simples acção tal como a distribuição de um folheto ou um preservativo.</p>

Vantagens e desvantagens da educação inter-pares

O que torna a educação inter-pares vantajosa?

- **A educação inter-pares é culturalmente apropriada** – a educação inter-pares oferece mensagens culturalmente adequadas com origem dentro da própria cultura. A educação funciona cuidadosamente dentro de certas regras de modo a não ofender/intimidar as pessoas, ainda que “desafie” as normas que estigmatizam e discriminam.
- **A educação inter-pares é baseada na comunidade** – a educação inter-pares desenvolve-se a um nível comunitário, apoiando e fornecendo outros programas e fazendo a ligação a outras estratégias baseadas na comunidade. Isto torna-a mais focada e dirigida para a comunidade onde se desenvolve.
- **A educação inter-pares é aceite pelos intervenientes primários** – muitos referem que se sentem mais confortáveis em partilhar com um grupo de pares as suas preocupações pessoais, tais como as associadas à sexualidade. Isto é particularmente verdade quando pessoas da mesma geração trocam ideias e reflexões úteis sobre problemas semelhantes.

- **A educação inter-pares é económica** – educadores inter-pares podem oferecer um serviço importante, de forma eficiente e a baixo custo.
- **A educação inter-pares encerra uma abordagem amigável** – em cenários informais, um/a educador/a inter-pares pode estar “no lugar certo, no momento certo” para se aperceber de um problema ou comportamento de risco, e responder adequadamente numa relação de ajuda. Educadores/as inter-pares podem, por vezes, encorajar e acompanhar amigos/as, apoiando-os/as quando necessitam de se deslocar, por exemplo, quando precisam de dirigir-se a um serviço de saúde ou centro de atendimento/ aconselhamento.

Quais são os problemas ou riscos?

A educação inter-pares pode apresentar algumas desvantagens, particularmente, se for apenas, parcialmente implementada.

- **A pressão do grupo** – os pares podem afectar as pessoas, especialmente as mais jovens, de um modo negativo se essa pressão de grupo for utilizada com propósitos menos adequados. Podemos pressionar alguém para ganhar aceitação num grupo utilizando drogas, fumando, ingerindo álcool ou tendo relações sexuais não

protegidas, não consentidas ou não desejadas.

- **Falta de experiência** – enquanto educadores/as inter-pares, podemos enfrentar problemas com os quais poderemos não saber lidar quando começamos a desenvolver o nosso trabalho na comunidade, transmitindo informação incorrecta.
- **Fronteiras sócio-culturais** – estas podem tornar-se visíveis quando jovens falam sobre sexo ou sexualidade. Em algumas comunidades é difícil falar sobre sexo e sexualidade, especialmente se as pessoas adultas pensarem que estão a encorajar a ideia de um comportamento promíscuo e de correr riscos.
- **Falta de reconhecimento** – até agora, a educação inter-pares não foi ainda reconhecida em alguns locais como uma forma efectiva, consistente e legítima de fazer a diferença.

Qual é o papel de um/a educador/a inter-pares?

Educadores/as inter-pares desempenham um papel muito importante na promoção da saúde junto dos/as jovens. Podemos servir como “modelos de acção” dando informação fundamental e exacta, e promovendo atitudes que conduzem a um comportamento mais saudável e responsável entre os pares. Uma das maneiras de o fazer

é vivendo nós próprios de uma forma saudável.

Os nossos papéis e conhecimento podem diferir, dependendo do programa e das populações-alvo que se pretendem atingir. Muitos de nós têm formação e estamos envolvidos em mais do que uma disciplina ou actividade. Uma vez familiarizados com as técnicas da educação inter-pares, podemos aplicá-las a uma série de temas e de situações. Envolver o/a mesmo/a educador/a em mais de um tipo de actividade em vez de formar sempre alguém de novo pode ajudar a reduzir custos, mas também reduz a diversidade e promove o empoderamento.

Exemplos de actividades para programas de prevenção de VIH com educação inter-pares

- Aumentar a consciência e conhecimento do VIH e das outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Motivar e apoiar comportamentos redutores de risco, incluindo o uso de preservativo e a opção informada pela abstinência;
- Ministrando e estruturando educação/informação sobre preservativos e a sua disponibilidade;
- Ensinar cuidados e formas de apoio a pessoas que vivem com VIH/SIDA.

Temas fundamentais em direitos e saúde sexual e reprodutiva

Compreender os temas

As pessoas que definem políticas e programas necessitam de compreender todos os temas quando implementam programas de educação inter-pares que promovem a saúde sexual e reprodutiva. Nesta secção vamos explorar alguns destes temas, incluindo:

- acesso
- direitos humanos
- direitos reprodutivos
- direitos sexuais
- conceitos de sexo e de sexualidade
- discriminação e estigma
- religião
- género
- cultura
- risco
- *empowerment* / empoderamento
- auto-desenvolvimento
- competências comportamentais

O Acesso

Uma definição possível: modos, formas ou acto de abordagem; a condição de permitir a entrada; o direito ou privilégio de abordar, atingir, entrar ou fazer uso de algo; designar programas feitos por e para o público em geral e torná-los acessíveis.

Em Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva, o acesso refere-se a...

"... promover e facultar a informação e educação sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva, e reduzir/eliminar que uma pessoa possa ser discriminada com base em condições financeiras, origem étnica ou sócio-cultural, crenças religiosas ou políticas, orientação sexual ou qualquer outro factor". *Plano Estratégico da IPPF-EN 2004-2008*.

Os/as jovens podem não ter acesso à informação e à educação no seu contexto familiar e as instituições educativas e a sociedade civil não providenciarem os meios para isso.

Implicações da inacessibilidade dos serviços

"Muitas pessoas adolescentes e jovens (rapazes e raparigas, casados e solteiros) podem ser e/ou tornar-se sexualmente activos/as antes dos 20 anos de idade, embora possam ter falta de acesso a serviços de contracepção, de prevenção e cuidados face às infecções sexualmente transmissíveis, de cuidados e aconselhamento durante a gravidez. Para muitos/as jovens, os horários de abertura ou a localização dos serviços torna-os inacessíveis, ou os cuidados são muito dispendiosos. Há países onde os cuidados de saúde requerem o consentimento de familiares (pais/mães ou cônjuges) ou pode, por um qualquer instrumento legal, ser proibido o acesso de adolescentes a esses serviços. Para além disso, a atitude de alguns profissionais de saúde pode tendencialmente desencorajar os/as adolescentes a procurarem aconselhamento ou tratamento relacionados com Saúde Sexual e Reprodutiva".

OMS, Departamento da Saúde e Desenvolvimento Infantil e Adolescente.

A abordagem baseada no direito à saúde sexual e reprodutiva

Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 1º

"Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos."

Os direitos humanos são para todas e para cada pessoa individualmente, qualquer que seja a cor da pele, origem étnico-cultural, sexo, idade, lugar na família, orientação sexual, religião ou participação política. Os direitos sexuais e reprodutivos são uma parte integrante dos direitos humanos, o que significa que cada pessoa deve ser capaz de viver uma vida sexual satisfatória, não coerciva e livre de riscos.

Direitos reprodutivos

“Os direitos reprodutivos englobam certos direitos humanos que são já reconhecidos por muitas legislações nacionais, documentos internacionais sobre os direitos humanos e outros documentos de consenso. Estes direitos baseiam-se no reconhecimento do direito básico de todas as pessoas e casais decidirem livre e responsabilmente o número, intervalo de tempo e momento do nascimento dos seus filhos/as e de terem a informação e meios para o fazerem”.

UN, Programa de Acção adoptado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 Setembro 1994, parágrafo 7.3

O direito de escolha da pessoa

Os direitos sexuais são direitos que dizem respeito à sexualidade. Para a IPPF os direitos sexuais devem assegurar o direito de decidir se, quando, como e com quem ter relações sexuais. Isto significa que as mulheres, homens, adultos e jovens têm o direito de recusar relações sexuais e a sua integridade corporal tem de ser respeitada.

A visão, os valores e a missão da IPPF-EN reflectem o princípio central de que a saúde e a escolha sobre a vida sexual e reprodutiva constituem direitos humanos de todas as pessoas.

As iniciativas para jovens da Rede Europeia da IPPF

Estes princípios orientam a IPPF-EN no seu compromisso e trabalho para a promoção e avanço dos direitos à saúde sexual e reprodutiva, incluindo dos e para jovens.

Em Junho de 2001, as equipas que estiveram a trabalhar com a IPPF-EN desenvolveram um documento sobre os direitos e saúde sexual e reprodutiva dos/as jovens, no qual se reconhecia que, embora nem todos os rapazes e raparigas tivessem relações sexuais, a maioria é sexualmente activa, e todos/as têm os mesmos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas adultas. Estes direitos incluem a informação e acesso a serviços, os quais permitem aos jovens viver a sua sexualidade de uma forma segura e tranquila. No âmbito destes programas deve ser garantido às crianças, adolescentes e jovens um ambiente “seguro, pedagógico e confiante” para as suas discussões pessoais, mesmo quando pais e mães estejam envolvidos/as. A IPPF-EN defende que os/as jovens devem ter acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva que permitam:

- **Saúde** – para salvaguardar a sua saúde sexual e reprodutiva através do acesso a serviços e respectivos cuidados;

- **Escolha** – para acederem a informação e educação correctas, adequadas e não discriminatórias, para escolherem livre e responsabilmente
- **Direitos** – para assegurar os seus direitos à vivência da sua sexualidade e dos seus relacionamentos sócio-afectivos.

Ajudando os Jovens

“Sinto que tenho sorte por ter descoberto o quão maravilhoso é estar informado e feliz com a minha sexualidade apesar da fraca educação sexual que tive quando cresci. Agora quero estar activamente envolvido em ajudar outras pessoas a evitar vicissitudes e a experimentar aquele prazer”.

Voluntário, 23 anos de idade, “Faz acontecer... Fá-lo agora”, Grupo de Trabalho da Estratégia Europeia, 1995.

“Faz acontecer... Fá-lo agora”

Outro marco foi o desenvolvimento em 1995 da Estratégia Europeia para a Juventude “Faz acontecer... Fá-lo agora”. Esta estratégia foi o resultado daquilo que um grupo de jovens explorou, reviu e considerou como necessidades da saúde sexual dos jovens, sugerindo a forma como programas e políticas futuras poderiam melhorar a vida dos jovens considerando as suas preocupações. As recomendações dessa estratégia são ainda uma ferramenta valiosa para a avaliar se e de que forma as necessidades e os direitos em saúde sexual e reprodutiva das pessoas jovens estão a ser respeitados e cumpridos.

Plano estratégico 2004 - 2008

Todos estes passos contribuíram para o plano estratégico 2004 - 2008 da IPPF-EN. Com adolescentes e jovens a ter acesso a formação nos temas do programa, a IPPF-EN está a trabalhar para assegurar que:

“...todos os adolescentes e jovens tenham consciência dos seus direitos sexuais e reprodutivos, tenham a capacidade de fazer escolhas informadas e tomar decisões relativamente à sua saúde sexual e reprodutiva e sejam capazes de gerir a sua autonomia”.

Quem desenha, planeia e disponibiliza programas de educação inter-pares sobre a saúde sexual reprodutiva e educação sexual necessita de ter conhecimento sobre estes direitos e as suas implicações. Estes direitos devem, por seu lado, fazer parte das competências educacionais para adolescentes e jovens.

Enquadramento legal

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994, afirmou a mudança da abordagem demográfica para uma abordagem baseada nos direitos à saúde sexual e reprodutiva. A IPPF interpretou e aplicou, em 1993, a linguagem dos direitos humanos para reforçar e tornar mais explícita a ligação entre os Direitos e a Saúde Sexual e Reprodutiva na sua “Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos”.

Esta carta, de carácter legal, expressa os direitos humanos básicos na medida em que eles se aplicam à vida sexual e reprodutiva de cada pessoa, tendo-se baseado nos tratados internacionais sobre os direitos humanos, reconhecidos e ratificados por muitos países em todo o mundo. Embora sem obrigatoriedade legal, a Carta tornou-se uma ferramenta para defender os casos em que os governos não traduzem os acordos assinados a nível internacional num compromisso de acção a nível nacional.

Ferramenta para defender a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)

“ Em todos os países, existe uma variedade de leis, políticas e práticas, que afectam os direitos da saúde sexual e reprodutiva. Estes enquadramentos podem referir-se à oferta de informação e educação sobre SSR e/ou regular o acesso ao planeamento familiar e outros serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva. Infelizmente, estas leis, políticas e práticas normalmente obstruem, limitam ou proíbem o usufruto dos direitos à SSR. A falha de um governo em agir sobre um certo assunto pode também negar ou afectar negativamente o usufruto destes direitos. Em ambos os casos, a restrição aos direitos sexuais e reprodutivos corresponde, à luz da lei internacional, a uma violação dos direitos humanos, no caso de o governo ter ratificado tratados que reconhecem esses direitos”.

“Carta da IPPF sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos – Orientações”

Organizações e profissionais que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva precisam de compreender a legislação nacional sobre os direitos da saúde sexual e reprodutiva, uma vez que esta pode restringir o âmbito do seu trabalho. Quando estão conscientes do enquadramento legal vigente, as organizações podem planear estratégias e programas, e garantir que os governos estejam atentos face aos compromissos que assumiram nacional e internacionalmente, e disponíveis para responder às necessidades das pessoas em matéria de SSR.

Conceitos de sexo e de sexualidade¹

Definições, linguagem e normas relacionadas com a sexualidade devem ser contextualizadas culturalmente uma vez que a sexualidade pode ter especificidades a nível cultural. Enquanto o significado atribuído às definições dado nesta secção pode diferir de cultura para cultura, e até dentro das próprias comunidades, é importante reconhecer que a cultura não é um “dado”, mas um processo dinâmico e evolutivo. Qualquer forma de violência, discriminação, estigmatização ou coerção feita em nome da cultura e da tradição não pode ser justificada. Estas acções têm sido e devem continuar a ser desafiadas e abordadas em qualquer agenda de desenvolvimento que tenha por base os direitos humanos. Isto é particularmente significativo no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Sexo

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, o sexo é definido como um estatuto biológico individual, tanto masculino como feminino.

O termo “sexo” pode também ter os seguintes significados:

- instinto, uma vez que se manifesta como um comportamento
- relações sexuais
- órgãos genitais

Identidade sexual

A identidade sexual é o conceito de si próprio(a) enquanto ser sexual, incluindo a “identidade de género” e a orientação sexual. A “identidade de género” refere-se ao sentimento individual de se ser masculino ou feminino.

A orientação sexual refere-se ao sentimento e atracção erótica, romântica ou afectiva relativamente a pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo ou de ambos os sexos. Cientificamente falando, a identidade sexual é uma parte integrante da sexualidade humana que, por seu turno, é parte do desenvolvimento do ser humano ao longo de todas as fases da sua vida, apresentando componentes físicas², psicológicas e sociais.

Os programas de saúde sexual e reprodutiva necessitam de ser compreensíveis e holísticos. Devem igualmente reconhecer a diversidade da condição sexual humana para ajudar a abolir a estigmatização, discriminação e a exclusão social.

Sexualidade

A sexualidade humana é uma parte natural do desenvolvimento humano através de cada fase da vida e

¹ SIECUS, Fazer a Ligação: Saúde Sexual e Reprodutiva – definições da terminologia da saúde relacionada com a sexualidade.
² Definições da OMS e da SIECUS.

inclui componentes físicas, psicológicas e sociais³.

A saúde sexual implica uma abordagem positiva à sexualidade humana e constitui uma parte essencial da saúde sexual e reprodutiva. Ela é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais de uma pessoa de formas que são positivamente enriquecedoras e promotoras da personalidade, comunicação, amor e das relações humanas⁴.

As pessoas que planeiam e dinamizam a educação inter-pares necessitam de saber o que significam estes termos nas suas próprias comunidades, idiomas e culturas. Uma compreensão clara do modo como jovens e pessoas adultas entendem a sexualidade pode levar a questões sobre práticas que influenciam uma vida sexual enriquecedora, mais segura e responsável.

Assuntos sociais

Discriminação

A palavra “discriminar” refere-se a ver ou notar as diferenças. Num contexto social “discriminação” refere-se aos momentos em que tratamos os outros desfavoravelmente por eles serem diferentes de nós.

Tratar algumas pessoas melhor do que outras por causa da etnia, origem, idade, religião, sexo ou orientação sexual é igualmente uma forma de discriminação. Enquanto educadores/as inter-pares, é nosso dever assegurar que todas as pessoas são tratadas com igual respeito e que têm as mesmas oportunidades. Devemos também ter como objectivo aprender e educar sem discriminação.

Estigma

“Estigma” é uma palavra usada para descrever vergonha, rótulo social ou desacordo.

As pessoas em certos grupos são, por vezes, vistas pela sociedade onde vivem como *desavergonhadas ou minoritárias ou marginais*. Quando isto acontece, dizemos que estão a ser “estigmatizadas”. Um exemplo dá-se quando as pessoas decidem que certos estilos de vida ou características são vergonhosas de alguma maneira ou não respeitadas para com a sua cultura ou sociedade. Elas têm então uma atitude crítica para estigmatizar as pessoas que têm essas características aparentemente “diferentes”.

Estas características são por vezes determinadas pelo comportamento, o qual pode ser algo que as pessoas estigmatizadas não conseguem controlar.

É um facto...

Pessoas que vivem com o VIH/SIDA podem experimentar a discriminação, independentemente da forma como contraíram a doença.

Religião

A **Religião** pode ser definida como um sistema de crenças baseadas num ser sobrenatural, divino, sagrado e transcendental, bem como o conjunto de rituais e códigos que derivam dessas crenças. Existem várias religiões e crenças religiosas no mundo, baseadas em diferentes conjuntos de crenças e com sistemas de adoração com vista a demonstrarem a devoção ao seu Deus (ou Deuses). O Cristianismo, o Islamismo, o Judaísmo, o Hinduísmo ou o Budismo são as religiões mais comuns em todo o mundo e cada uma tem diferentes agrupamentos, seitas, tipos ou “movimentos”.

Existe uma grande diversidade no modo como as pessoas observam, interpretam e seguem as regras ou leis das suas religiões. Estas regras e leis podem prescrever estilos de vida que normalmente e de uma forma mais ou menos explícita fazem referência aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva.

Exemplos do impacto da religião nos Direitos e SSR

- As relações sexuais antes do casamento são proibidas em muitas religiões.
- Em algumas religiões as relações sexuais são proibidas entre pessoas do mesmo sexo.

É comum a várias religiões que algumas leis e regras tomem precedência sobre outras.

O que precisamos de saber

Enquanto educadores/as inter-pares, precisamos de compreender as principais regras das religiões, nas quais se integram as pessoas com quem estamos a trabalhar. Isto dir-nos-á aquilo que é importante relativamente a Direitos e SSR dentro destes grupos.

Se formados por pessoas bem informadas, educadores/as inter-pares podem também promover, e sempre que a religião justifique, uma declaração aberta e que haja uma aprendizagem para a redução do risco ou de práticas prejudiciais.

3 Definições da OMS e da SIECUS.

4 OMS – *Definições e Indicadores no Planeamento da Família, Saúde da Mãe e da Criança e Saúde Reprodutiva* utilizadas no Comité Regional da OMS para a Europa.

Género

O género corresponde à construção social do ser homem ou mulher. O género é uma categoria de análise das ciências sociais que utilizamos para explicar o poder assimétrico de homens e mulheres num determinado conceito sócio-cultural. Hoje, a expressão género é frequentemente utilizada (embora erradamente) como substituta da palavra sexo.

Os papéis do género

Dentro das culturas existem “papéis do género” que são considerados mais masculinos ou mais tipicamente femininos. Os atributos considerados masculino ou feminino podem ser claros em muitas culturas, ou partilhados por ambos noutras.

Exemplos de papéis estereotipados mantidos em nome da tradição

- Masculino – agressivo, dominante, desportivo, que ganha dinheiro.
- Feminino – sensível, submisso (ao homem), que cuida das crianças.

À medida que as sociedades evoluem, os papéis rígidos atribuídos a homens e a mulheres tendem a esbater-se. Períodos de transição, podem criar tensões relativamente aos papéis de cada género. Existem programas estruturados para abordar aspectos sobre os papéis do género em mudança.

Compreender os papéis do género, transição e mudança afigura-se muito importante na educação inter-pares. A discriminação baseada nestes papéis, em nome da tradição, leva frequentemente a práticas sociais e sexuais pouco seguras e produz vulnerabilidade, especialmente para raparigas e mulheres. Educadores/as inter-pares necessitam de aprender como apoiar a identidade de género, mas também reconhecer os pontos em que as pessoas poderão ser mais vulneráveis à discriminação e ao abuso de direitos.

Cultura

“Cultura” refere-se aos costumes e conquistas de uma dada civilização ou comunidade.

Os costumes tendem a modificar-se ao longo do tempo. Alguns podem ser parte de uma cultura mais antiga e tradicional, e outros parte de uma cultura adaptada e mais moderna, resultantes da própria dinâmica sócio-cultural

Em muitas culturas, a experiência do género leva a diferentes expectativas e a um entendimento diferenciado de direitos. A evolução positiva dos direitos da mulher é uma das mudanças que está presentemente a ocorrer em muitas culturas, e uma das que tem muitas implicações é a abordagem de género. Como “ninguém vive isolado”, as negociações e um entendimento razoável entre homens e mulheres são aspectos importantes da sociedade e do desenvolvimento.

O que precisamos de saber

Para sermos bons e boas educadores/as inter-pares, necessitamos de compreender a cultura em que trabalhamos. Isto permite identificar quais as forças e vulnerabilidades que as normas e as expectativas culturais acomodam.

Por exemplo, no passado poderia não ser tolerado que uma mulher falasse abertamente de sexo ou do uso de contraceptivos. Um/a educador/a inter-pares pode ajudar a lidar com esta situação mostrando como as normas culturais podem ser *desafiadas* e modificadas quando elas afectam os direitos individuais. As ameaças e riscos à saúde sexual e reprodutiva como o VIH/SIDA, outras infecções sexualmente transmissíveis ou violência baseado no género constituem igualmente razões de mudança.

Risco

“Risco” é o termo usado para referir uma situação que pode conduzir a uma perda, a um ferimento ou a perigos vários.

Existe mais do que um tipo de risco. Ele pode não ser visível, como é o caso do risco de contrair uma infecção (VIH/SIDA, por exemplo), ou sê-lo (no caso um membro partido num acidente de automóvel, por exemplo). Alguns riscos são psicológicos, por exemplo, quando a pessoa faz alguma coisa ou tem uma experiência que possa ser traumática.

A educação inter-pares ensina aos intervenientes primários técnicas de “redução de risco” demonstrando, por exemplo, como se usam adequadamente algumas protecções como o preservativo ou se treina o pedir ajuda.

Empowerment / Empoderamento

O termo “*empower*” significa dar a uma pessoa ou a um grupo o sentimento de poder ou autoridade.

A educação inter-pares normalmente “dá o poder” aos jovens, ou a outros grupos vulneráveis, de assumir mais

autoridade/responsabilidade sobre a sua saúde e os seus estilos de vida pessoais. É normalmente uma questão de tornar os jovens conscientes da forma como se podem ajudar uns aos outros a aprender, em vez de deixarem a aprendizagem a cargo de sistemas mais tradicionais onde as figuras de autoridade, tais como professores, pais e médicos são os responsáveis pelo ensino.

Comportamento e práticas sexuais

Existem actividades sexuais nas quais as pessoas se envolvem, e que podem variar desde a auto-estimulação ou masturbação até aos encontros físicos. O comportamento sexual pode incluir a estimulação de partes do corpo e relações sexuais de vários tipos, incluindo oral, anal e vaginal. Ele é normalmente a expressão da sexualidade de alguém, incluindo a orientação sexual e a atracção. Os comportamentos e as práticas são determinados ou provocados por um conjunto complexo de factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Algumas pessoas têm menor possibilidade de escolha das práticas sexuais devido a circunstâncias de vida, que incluem expectativas e normas culturais. Não estar consciente da escolha sobre práticas sexuais conduz, normalmente, a uma maior vulnerabilidade.

O que precisamos de saber

Enquanto educadores/as inter-pares, podemos ser mais eficientes se compreendermos os aspectos em que os intervenientes primários são vulneráveis. Se nos focarmos apenas nos perigos e ameaças associados ao sexo e à sexualidade, poderemos ser considerados repressivos. Ter uma abordagem positiva sobre sexo e sexualidade significa transmitir a mensagem de que, num contexto apropriado, saudável e seguro, e no momento certo das nossas vidas, sexo e sexualidade podem ser uma expressão e um aspecto maravilhoso do ser humano. Podemos aprender a ter uma atitude positiva face ao sexo e à sexualidade, e um programa sólido de educação sexual constitui um bom ponto de partida.

Lembre-se...

Jovens e sexualidade

Desenvolvimento pessoal

Leva algum tempo até uma pessoa compreender e conhecer o seu ser sexual. Aprendendo o que é pessoalmente importante e como melhor se expressar, uma pessoa pode tornar-se um/a educador/a inter-pares eficiente.

Muitas pessoas atravessam um período de meses ou anos (frequentemente durante a adolescência) questionando

quem são, qual a sua identidade e orientação sexual, como se podem expressar enquanto seres sexuais e aquilo que os guia e atrai. Um/a educador/a inter-pares, que olhou para dentro do seu coração e da sua mente e não julga os outros, está mais capacitado para ajudar outros/as jovens a procurar e compreender o caminho para o estado adulto.

Compreendermo-nos a nós próprios pode ser um processo difícil e assustador. Se, por exemplo, uma pessoa vive numa cultura fortemente discriminatória e estigmatizante de pessoas com uma orientação homossexual, pode ser difícil e atemorizador reconhecer e aceitar que ele ou ela sejam atraídos por pessoas do mesmo sexo.

Um bom/boa educador/a inter-pares, qualquer que seja a sua orientação sexual, será capaz de ensinar de modo a permitir a qualquer pessoa sentir-se segura de ser aquilo que é.

Capacidades de comportamento

Para ter melhores possibilidades de crescer com uma boa saúde sexual e reprodutiva, uma pessoa necessita de um conjunto de competências.

- Ele ou ela necessitam de saber tomar decisões saudáveis sobre a sexualidade e as relações sexuais.
- As capacidades de negociação são também importantes nesta área da vida. Estas representam a capacidade de alguém pedir e obter o que necessita de parceiros ou amigos de modo a manter-se tão saudável e seguro(a) quanto possível.
- Algumas pessoas podem desejar manter-se abstinentes ou esperar para ter relações sexuais e neste caso necessitam de ter as chamadas “competências de recusa” – sabendo como e quando dizer “não” eficientemente. Aqui é necessário chamar a atenção para a importância de saber ouvir e receber um “não” adequadamente.
- Outros podem ter decidido ter sexo, mas necessitam de saber como convencer o parceiro a fazê-lo com segurança, por exemplo, utilizando o preservativo.

Assuntos de saúde sexual e reprodutiva

Secção 4 - Assuntos de Saúde Sexual e Reprodutiva

Conceitos e definições

Os/as educadores inter-pares que trabalham na promoção dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva considerarão útil a compreensão dos conceitos e da terminologia básica, nomeadamente o significado de:

- Saúde sexual
- Saúde reprodutiva
- Concepção
- Contracepção
- Abstinência
- Aborto
- Infecções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA

Nesta secção abordaremos cada um separadamente.

Conceito de saúde sexual e reprodutiva

Saúde sexual

A saúde sexual é a integração das características somáticas (físicas), emocionais, intelectuais e sociais da sexualidade. Ela enriquece positivamente a vida de uma pessoa e melhora a sua personalidade, comunicação e capacidade de amar.

A saúde sexual encerra uma abordagem positiva à sexualidade. Neste sentido, os cuidados da vida sexual devem dizer respeito à promoção da vida e das relações pessoais e não apenas ao aconselhamento e cuidados destinados à concepção ou às infecções sexualmente transmitidas¹.

Saúde reprodutiva

A saúde reprodutiva diz respeito ao bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutor. Não é apenas a ausência da doença ou enfermidade (em particular, a física). A saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual segura e satisfatória, com a liberdade de poderem escolher se, quando e com que regularidade se reproduzem.

Homens como mulheres têm o direito de estar informados e de terem acesso a:

- métodos de planeamento familiar seguros, efectivos, acessíveis e adequados à escolha individual;
- informação sobre acesso a serviços de aborto seguro;

- serviços de cuidados de saúde que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto seguros e que ofereçam aos casais a possibilidade de terem uma criança saudável².

Fecundação

Capacidade biológica da reprodução. É o processo de fusão do espermatozóide com o óvulo, o qual leva ao desenvolvimento de um embrião.

Quando o homem ejacula, um elevado número de espermatozóides desloca-se em direcção ao óvulo. Quando um deles penetra o invólucro do óvulo, este é fertilizado e a mulher engravida.

Contracepção

A contracepção é definida como qualquer meio para evitar a gravidez. Existem métodos de contracepção temporários e permanentes.

Métodos temporários³

- Abstinência durante o período fértil
- Coito interrompido
- Utilização de períodos de infertilidade natural
- Utilização de um aparelho intra-uterino (DIU)
- Utilização de métodos hormonais (pílula contraceptiva, anel vaginal, adesivo contraceptivo, implante, injectável, etc.)
- Utilização de uma barreira que previne o movimento ascendente dos espermatozóides para o tracto genital feminino (por exemplo, preservativos, diafragma e espermicidas)

Métodos permanentes

Esterilização masculina e feminina - vasectomia e laqueação das trompas.

O impacto do VIH/SIDA

O aparecimento do VIH/SIDA trouxe uma nova dimensão à contracepção. É agora necessário prevenir a transmissão de IST, incluindo o VIH/SIDA, assim como a gravidez.

Prevenir simultaneamente as IST e uma gravidez não desejada é designado por “dupla protecção”. A “dupla protecção” faz-se através do uso constante do preservativo, associado a outro método contraceptivo.

¹ Adaptado da Organização Mundial de Saúde – *Educação e Tratamento na Sexualidade Humana: A Formação de Profissionais de Saúde, Um Relatório de um encontro da OMT, Séries de Relatórios Técnicos 572, 1975.*

² Adaptado do Programa de Acção adoptado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 Setembro 1994, par. 72.

³ Adaptado da OMS – *Definição de trabalho usada pelo Programa Especial de Investigação e Formação da Investigação na Reprodução Humana e a Divisão da Saúde Familiar.*

Abstinência

Abstinência sexual corresponde à opção voluntária de não ter sexo.

O sexo tem um significado diferente de pessoa para pessoa. Para alguns, ele pode significar apenas uma relação sexual com a introdução do pénis na vagina, para outros, pode incluir sexo anal, sexo oral ou outras formas de actividade sexual como o beijar ou acariciar.

A definição de sexo determina o significado de abstinência e existe alguma discussão sobre o verdadeiro significado da abstinência. Deve esta ser considerada como uma abstenção às relações sexuais, ou a qualquer outra forma de comportamento sexual?

A abstinência é também um assunto de debate na educação sexual. Nos Estados Unidos, por exemplo, há jovens que estão a ser ensinados que a abstinência até ao casamento é o único comportamento sexualmente aceitável. Tais programas não oferecem informação sobre outros métodos contraceptivos, nem sobre a prevenção do VIH. Para além disso, a definição de casamento é a do casamento heterossexual numa concepção de família tradicional, que com frequência falha na resposta às necessidades das pessoas com diferente orientação sexual, tais como homossexuais e bissexuais.

Aborto

O aborto induzido ou interrupção voluntária da gravidez é utilizado para pôr fim a uma gravidez já estabelecida; pode ser feito com fármacos ou cirurgicamente. Após as 24 semanas (o número de semanas varia de acordo com a legislação de cada país), o aborto é muito raro e é realizado quando existem fortes razões de saúde para o fazer.

A maioria dos abortos espontâneos - quase 90% - ocorrem no primeiro trimestre de gravidez. Menos de 11% ocorrem no segundo trimestre.

O aborto de risco é um procedimento para interromper uma gravidez não desejada, realizado por alguém que não possui as competências necessárias para o fazer

ou que ocorre num ambiente sem condições clínicas adequadas, ou ambos⁴.

Em muitas partes do mundo, o aborto é ainda um importante factor de discriminação contra as mulheres, e o direito legal à escolha representa um assunto político importante. Um aborto realizado sem segurança é um dos grandes perigos para a saúde da mulher, uma vez que pode levar à sua morte ou de a incapacitar para toda a vida.

IST e VIH/SIDA

IST são infecções passadas de uma pessoa para outra através de relações sexuais ou outros comportamentos sexuais (sexo oral ou anal, por exemplo), quando não é utilizada protecção de forma correcta e regular.

Existem pelo menos 25 infecções sexualmente transmissíveis diferentes. Estas podem ser de causa bacteriana, viral ou parasitária. A infecção com o maior impacto é a causada pelo VIH, que está na base do desenvolvimento da SIDA. Existem outras infecções sexualmente transmissíveis como a clamídia, a gonorreia, o herpes e as hepatites.

- Algumas IST podem ser tratadas ou controladas através de fármacos, como os antibióticos.
- Algumas causam efeitos prejudiciais a longo prazo para a saúde e podem até levar à morte (como é o caso da SIDA). Actualmente, não existe cura para o VIH, mas existe tratamento que permite retardar ou diminuir os seus efeitos (anti-retrovirais).
- Algumas infecções não demonstram sintomas durante muito tempo. Quando isso acontece - alguém que não tem consciência de ter contraído a infecção, pode transmiti-la a outra pessoa.

Os capítulos seguintes passam da teoria à prática através da explicação de diferentes componentes dos programas para a educação inter-pares, e através da oferta de ferramentas e explicações úteis.

⁴ Adaptado de: Divisão da Saúde Familiar e do Programa Especial de Investigação e Formação da Investigação na Reprodução Humana – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 5-13 Setembro 1994.

Gerir um programa de educação inter-pares

Fase 1 - Planear o programa

Quem, porquê e onde?

Tal como muitos outros assuntos na assistência técnica, um dos erros mais comuns foi permitir a especialistas originários de países onde a educação inter-pares tinha sido desenvolvida, a imposição das ideias sobre aquilo que deveria ser feito noutros países e regiões. Embora este tipo de erro se tenha repetido muitas vezes, é agora reconhecido que para o sucesso dos programas de educação inter-pares é fundamental as pessoas aos quais se dirigem se apropriem dos mesmos. Intervenientes locais devem beneficiar do trabalho desenvolvido e têm um papel a desempenhar no sucesso e sustentabilidade do programa.

“Os intervenientes podem ser pessoas-chave, bem como pessoas que tenham particular interesse no programa de educação inter-pares, tais como pessoas da audiência à qual se dirige. Uma vez que esta é a chave do sucesso e da sustentabilidade do programa, as pessoas devem ser envolvidas desde e a partir da fase de desenho do projecto de modo a que este responda às suas preocupações, necessidades e prioridades, e a fomentar um sentimento de propriedade relativamente ao programa. O envolvimento antecipado também ajuda os programas de educação inter-pares a capitalizar as potenciais contribuições dos intervenientes, nomeadamente no que diz respeito a recursos financeiros e humanos.

Estes programas precisam de estabelecer de forma clara o modo como irão beneficiar os intervenientes. É necessário também desenvolver intervenções complementares para educar e mobilizar os intervenientes a apoiar a alteração de comportamentos junto do grupo a que o programa se dirige”¹.

Definir intervenientes

A seguinte definição de intervenientes foi pensada por parceiros do programa da educação inter-pares e do VIH/SIDA, coordenado pela Rede Europeia da IPPF em 2001-2003. Este manual é um dos *outputs*/produtos do projecto.

Intervenientes primários – pessoas para as quais é dirigida a informação e cujo comportamento e práticas o projecto visa influenciar.

Exemplo:

Todos/as adolescentes e jovens entre os 10 e os 24 anos, com um enfoque especial em grupos marginalizados ou

socialmente excluídos, tais como, jovens infectados pelo VIH/SIDA.

Intervenientes secundários – intermediários cujas competências e capacidades serão melhoradas de modo a oferecer informação e serviços ao primeiro grupo.

Exemplo: Organizações não governamentais (ONG) para e de juventude, relevantes no país.

Intervenientes-chave – alianças inseridas no projecto e cujo apoio é fundamental para ele funcionar.

Exemplo: Políticos, técnicos e dirigentes de serviços oficiais, legisladores, representantes judiciais.

Porquê a importância do apoio?

A educação em saúde sexual dirigida a jovens é, por vezes, um assunto controverso em todo o mundo. Batalhas difíceis aconteceram e persistem enquanto as posições políticas e religiosas são debatidas. Embora o dever de muitos governos e ministros da saúde seja o de “salvar vidas e não de salvar almas”², existe ainda uma necessidade urgente de defender os direitos sexuais e reprodutivos em muitas regiões do mundo.

Defender a educação sexual

As organizações que defendem o direito à informação e à educação sexual constituem uma fonte de investigação e informação técnica importante. Estas organizações incluem:

- A Federação Internacional para o Planeamento da Família. A IPPF tem mais de 148 membros associados em todo o mundo.
- O Conselho de Educação e de Informação sobre a Sexualidade para os Estados Unidos (SIECUS). As suas valiosas publicações mostram a necessidade e o valor da informação e educação sexual para jovens.
- Outras organizações globais do sistema das Nações Unidas, tais como a UNFPA, UNICEF, UNESCO, OMS e a UNHCR representam fontes valiosas de informação para o apoio à construção da educação inter-pares – e também da educação em saúde sexual e reprodutiva – enquanto parte de um programa mais alargado.
- Existem também várias organizações não

¹ A Educação pelos Pares e o VIH/SIDA: *Experiência Passada, Orientações Futuras*. Horizon, Conselho da População 2001, do Sumário Executivo.

² Dr Neil Schram, LA SIDA task force: “Até o governo ver que é o seu dever salvar vidas, não salvar almas, continuaremos a ver o vírus a espalhar-se.” Do documentário *Linhas Comuns: Histórias Vindas do Quilt*, HBO 1989 e 2003 *Telling Pictures*, Coutirrie, B, Epstein, R, and Friedman, J..

governamentais tais como a APF, ASTRA e a EPHA na Europa, PathFINDER e Engender Health nos EUA, entre tantas outras.

Mostrar o valor do trabalho

Os resultados credíveis baseados na investigação demonstram repetidamente que a educação sexual ajuda a tomar decisões mais informadas e saudáveis. Não promove a existência de mais parceiros ou um envolvimento sexual precoce. Por outro lado, os resultados mostram que existe uma maior probabilidade de jovens usarem protecção quando iniciam as relações sexuais.

Algumas conclusões têm sido retiradas de encontros internacionais contextualizados nos direitos humanos, com a explicitação que os/as jovens têm o direito básico à informação, educação e serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Envolver representantes de grupos VMSE (vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos)

É fundamental envolver pessoas de grupos VMSE em todas as fases de desenvolvimento do programa. Embora isto seja genericamente aceite em teoria, na prática não acontece com a regularidade necessária.

As dificuldades...

Na prática, representantes e membros destes grupos são frequentemente excluídos.

Alguém da organização responsável pelo programa pode necessitar de ir para o terreno identificar e envolver pessoas pertencentes a estes grupos podendo ser necessário incentivos para gerar um envolvimento mais consistente e permanente.

Pode também demorar algum tempo e exigir maior esforço para ganhar o respeito e a confiança das pessoas dos grupos VMSE e de as encorajar a envolverem-se num programa de educação inter-pares.

... e aos benefícios

Pessoas dos grupos VMSE são capazes de ter uma melhor ideia de como, quando e onde trabalham com populações e comunidades que representam/integram. Podem-se obter ganhos muito significativos quando estas pessoas fazem parte da equipa do programa.

Estudo de Caso

O *feedback* de um *workshop* da IPPF- Europa realizado em Sarajevo, em Agosto de 2003, demonstra o valor do envolvimento de alguém de um grupo VMSE.

Um dos elementos facilitadores do *workshop* foi a presença de um homossexual infectado com o VIH e outro foram as respostas de alguns participantes ao seu envolvimento:

“Eu apreciei imenso o testemunho de uma pessoa que vive com o VIH. Foi a primeira vez que assisti a um testemunho destes, fiquei chocado e profundamente sensibilizado. Isto marcou e irá marcar o meu trabalho nesta área. Penso que foi muito corajoso da sua parte e nunca esquecerei esta pessoa uma vez que o seu testemunho me ensinou imenso”.

“O testemunho de uma pessoa que vive com o VIH ajudou-me efectivamente a compreender melhor e a ter menos preconceitos relativamente a muitas coisas. Muito obrigado pela sua participação”.

“O testemunho da pessoa que vive com VIH foi muito triste mas, ao mesmo tempo, muito vivido. Fiquei satisfeito por ter conhecido alguém como ele. Ele é a prova de quem vive com o VIH/SIDA e os homossexuais não são diferentes das outras pessoas e de que não deveremos nunca apontá-los ou fazê-los sentir rejeitados ou excluídos.”

No caso do *workshop* em Sarajevo, a pessoa que deu o testemunho foi também envolvida no planeamento e realização do *workshop*. Intervindo como um formador, possuía um forte sentido de como, quando e de quais os temas a abordar na sua intervenção.

É importante seleccionar e preparar cuidadosamente um/a orador/a convidado/a que prestará um testemunho pessoal. O facto de se estar infectado com o VIH ou de se estar de alguma forma vulnerável, marginalizado ou de pertencer a um grupo socialmente excluído não são factores que qualificam imediatamente essa(s) pessoa(s) para falar sobre o assunto. Em alguns lugares, existem organizações com “gabinetes de oradores”, que treinam e apoiam as pessoas a falar em eventos desta natureza. A pessoa que fala sobre vulnerabilidade ou experiência de vida tem de estar bem preparada e de compreender o

tipo de situação que vai abordar.

Antes de contactar potenciais pessoas para a equipa ou convidadas, importa assegurar que são as pessoas certas para desenvolver determinada tarefa. Por exemplo, coloque questões para aferir do grau de abertura relativamente a atitudes menos discriminatórias, tais como “se um amigo próximo lhe dissesse que estava infectado com o VIH, o que é que lhe diria?”.

Construir a equipa

Enquanto certos programas levam pouco tempo a desenvolver as competências dos educadores que os integram, outros precisam de mais recursos para atingir o mesmo objectivo. Daí advém a reputação de que a qualidade de um programa inter-pares se reflecte e analisa na qualidade dos pares formados e supervisionados. Um plano curricular extenso e claro pode exigir mais de 50 horas de formação de modo a obter educadores inter-pares qualificados e competentes.

De que precisa para criar uma boa equipa?

- Um ambiente propício à formação, não preconceituoso e que seja aberto e seguro;
- Experiências inovadoras e motivadoras (tais como: conhecer pessoas que vivem com VIH ou com diferentes realidades);
- Aprendizagem através de experiências (jogos, exercícios, *brainstorming*);
- Oportunidades para no terreno ser educador/a inter-pares;
- Tempo e recursos para preparar e praticar antecipadamente a ida para o terreno;
- Uma equipa forte confiante e securizante;
- Um ambiente que inclua momentos de diversão e boa disposição;
- Retiros ou viagens de campo que promovem os laços de relacionamento e espírito de grupo;
- Transmitir aos participantes o sentimento de que eles podem fazer a diferença;
- A capacidade para explorar e resolver conflitos dentro do grupo;
- A atenção aos incentivos e motivação (podem incluir lanches, certificados, saídas em grupo, créditos pelo trabalho comunitário desenvolvido, aprovação e agradecimentos pelos destinatários, atenção dos *mass media*, entre outros).

O que é necessário para se ser um bom/boa educador/a inter-pares?

O potencial de liderança constitui um dos melhores indicadores de um bom/boa educador/a inter-pares. Por “líder” não entendemos apenas uma pessoa que gosta de se mostrar “chefe”, mas, antes, alguém que tem a capacidade de liderar e de partilhar com os elementos da sua equipa.

Quais são as características de um/a bom/a educador/a inter-pares?

- Potencial de liderança;
- Boa capacidade para ouvir as outras pessoas;
- Capacidade para comunicar de forma clara e persuasiva com os seus pares; a experiência de falar em público é também um aspecto importante;
- Auto-confiança;
- Ser respeitado, ter a confiança e empatia por parte do grupo;
- Ser capaz de trabalhar em equipa;
- Não ser preconceituoso/a;
- Estar motivado/a e comprometido/a com o programa;
- Ser capaz de respeitar a confidencialidade;
- Potencial para representar um modelo a seguir por parte dos pares;
- Disponibilidade de representação/dramatização, que pode ser útil no caso de utilizar a dramaturgia enquanto técnica.

Como escolher os/as educadores/as inter-pares

Existem diversas formas de selecção e recrutamento de educadores inter-pares e cada uma encerra um nível de avaliação diferente.

Alguns programas são muito abertos relativamente a quem se pode candidatar, requerendo apenas que a pessoa interessada preencha os requisitos definidos (*veja na secção seguinte como estabelecer um contrato*). Outros possuem uma selecção ou processo de avaliação mais rigoroso, que visa estabelecer um padrão a ser respondido pelos/as participantes do programa.

Processo de selecção

O processo de selecção deveria idealmente envolver outros jovens, em particular aqueles que já trabalham como educadores/as inter-pares. O/a candidato/a pode necessitar de preencher um questionário, que pode conter

questões sobre a experiência, a motivação e o carácter pessoal. Sendo um assunto por vezes considerado complexo e sensível, o processo de selecção deverá envolver igualmente uma entrevista pessoal.

Atenção: O melhor nem sempre é o melhor!

Tenha cuidado para não recrutar apenas educadores inter-pares “super-estrelas”, isto é, aqueles/as que se distinguem e se diferenciam dos seus pares devido às suas conquistas, popularidade ou outras características pessoais.

Num processo de selecção altamente competitivo e rigoroso, pode existir uma tendência para seleccionar os que conseguiram mais realizações - os candidatos talentosos que mais se distinguem. Porém, se a equipa de selecção termina o processo com um número desproporcionado de educadores/as de pares com muito talento, pode dar-se um retrocesso. Os/as educadores/as podem ter menos em comum com a audiência a quem se dirige o programa, que poderá ter dificuldade em os considerar pares efectivos.

Alguns dos maiores sucessos acontecem quando a audiência se relaciona bem com um/a educador/a inter-pares que seja mais parecido com ela e menos com um “carácter modelo”. Quando os pares na audiência vêm que, por exemplo, alguém alguma vez foi “do tipo indisciplinado” ou que um amigo “cool” leva o VIH ou as IST a sério e tem comportamentos preventivos, é mais provável que prestem atenção ao problema.

É fundamental tentar envolver os intervenientes primários no processo de selecção. Uma vez que a educação inter-pares se dirige frequentemente a alvos em risco e a populações vulneráveis, que recruta de educadores/as inter-pares pode ter a necessidade de averiguar onde é que estas populações vivem ou passam o seu tempo.

A lista que a seguir se apresenta define um conjunto adicional de critérios para o recrutamento de educadores/as inter-pares, tendo sido adoptada de um estudo da autoria de Anne Calves para a IPPF.

O Recrutamento³

Qualidades e Critérios de Recrutamento

- Um/a educador/a inter-pares será bem aceite na comunidade onde vai desenvolver o seu trabalho.
- A selecção de educadores inter-pares não deve ser uma responsabilidade apenas dos/as gestores/as dos programas. O processo de recrutamento

deve envolver docentes, líderes da comunidade, líderes religiosos e de organizações de juventude na identificação e recomendação de potenciais candidatos/as.

- O processo de recrutamento deve ser antecedido pelo estabelecimento de critérios de selecção claros e objectivos. As opiniões de educadores/as inter-pares mais experientes e dos grupos-alvo sobre “aquilo que faz um/a educador/a inter-pares bem sucedido” devem ser tidas em consideração. Isso torna os critérios mais realistas e encoraja os/as jovens a confiar na pessoa seleccionada.
- Os educadores/as inter-pares deveriam demonstrar o seu compromisso face à filosofia do programa, aos seus objectivos, metas e sistemas de organização e devem estar disponíveis para trabalhar de acordo com os requisitos do programa.
- De entre os atributos pessoais chave devem constar a capacidade para:
 - Comunicar sobre assuntos sensíveis
 - Ser uma pessoa de confiança
 - Ser comprometido/a com a causa
 - Ser discreto/a e tolerante
 - Ser dinâmico/a e assertivo/a
 - Agir como um modelo para jovens
- Uma vez formado/a, deve ser capaz de facilitar uma discussão de grupo e de assumir responsabilidades.
- As características sócio-demográficas necessárias devem depender dos intervenientes primários. A idade limite para os/as educadores/as inter-pares situa-se normalmente entre os 18 e 25 anos, embora em alguns casos este factor seja menos importante do que as capacidades e atributos acima mencionados.

Estabelecer um contrato – o que vamos acordar em fazer

Um contrato estabelece as expectativas relativamente a educadores/as inter-pares, formadores/as e à organização que recebe o programa de formação. Embora muitos programas operem sob as melhores intenções, devem ser acordados os níveis de expectativas e de resultados dos programas de forma a evitar mal entendidos e incongruências.

Alguns consideram a educação inter-pares como um *hobby* ou que é aceitável que ela seja temporal para

3

Adaptado de Recrutamento de Educadores de Pares (pág. 3), em Manual da Educação pelos Pares – A Educação pelos Pares: Promover com Sucesso a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Jovens – Guidelines FIPF Vision 2000 Funds, 2002.

cada pessoa. O contrato que especifique quais são as expectativas para os/as educadores/as inter-pares torna mais fácil a gestão do programa. Se alguém quebrar sistematicamente este acordo, então haverá uma base suficiente para questionar se as pessoas que o integram são de facto as mais adequadas e se devem, ou não, continuar a fazer parte da equipa.

Como exemplo de um Contrato para um Workshop Formativo sobre a Educação Inter-pares, veja o Anexo I.

A organização patrocinadora deve também estar de acordo relativamente a algumas condições relativas ao seu papel e comportamento face à formação. Ela pode, por exemplo, assegurar que a formação vai decorrer num ambiente seguro ou acordar em oferecer o apoio e supervisão adequados à equipa de formação. Pode igualmente haver um acordo sobre o incentivo, tal como um certificado de participação na formação ou do serviço prestado.

O contrato torna-se, assim, um indicador da seriedade do programa e do compromisso assumido por ambas as partes.

Como aprendemos a ser bons/boas educadores/as inter-pares?

Vários pessoas devem ter algo a dizer no desenvolvimento do plano curricular da formação destinado a um programa de educação inter-pares, nomeadamente:

- pessoas pertencentes às populações-alvo
- pessoas com experiência em programas de formação de educação inter-pares
- cientistas do comportamento (tais como psicólogos/as, técnicos/as sociais e conselheiros/as)
- coordenador(es) de programas
- formadores/as
- pessoas de populações vulneráveis relevantes
- especialistas em temas médicos e clínicos
- pais/mães
- líderes religiosos locais
- pessoas do Ministério da Saúde
- especialistas de *marketing* social

O *curriculum* pode variar em dimensão. Enquanto alguns programas de educação inter-pares oferecem apenas algumas horas de formação, outros oferecem mais de 50 horas, ao longo de várias sessões e dando uma experiência formativa mais aprofundada e adequada.

Assuntos a cobrir na formação base de educação inter-pares

- Introdução e orientação do programa;
- “Quebrar o gelo” e mobilizar as pessoas para o trabalho em equipa;
- Redigir um contrato;
- O modelo básico holístico para a educação inter-pares;
- Conhecimento das preocupações e interesses dos/as participantes;
- Introdução às necessidades locais, assuntos e problemas abordados pelo programa;
- Introdução à linguagem da sexualidade humana
- Desenvolvimento bio-psico-social;
- Reprodução humana;
- Conhecimento de valores e atitudes dos vários intervenientes;
- Género, papéis, identidade e sexualidade;
- Orientação sexual (heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade);
- Discriminação e estigma;
- Saúde sexual e reprodutiva, natalidade, gravidez e parentalidade;
- Trauma sexual, incluindo o assédio, abuso e violência sexual;
- Práticas sexuais seguras;
- Problemas e infeções sexualmente transmissíveis;
- VIH/SIDA:
 - informação genérica
 - definição do problema
 - informação médica básica, por exemplo a transmissão e os vários níveis de doença
 - prevenção primária e secundária
 - aconselhamento e despistagem
 - tratamento
 - viver com VIH/SIDA
 - cuidado e apoio
- Uso de drogas e de substâncias e a dependência química;
- Formar o formador relativamente às capacidades de apresentação;
- Como construir uma agenda/programa para um *workshop* ou uma intervenção.

Fase 2 — Implementar um programa

O que faz com que tudo funcione?

Tem sido sugerido que defensores da educação inter-pares raramente se referem às teorias quando delineiam projectos. Alguns investigadores são da opinião de que a educação inter-pares é um método à procura de uma teoria, em vez da aplicação de uma teoria à prática⁴.

Todavia, o processo e intervenção de um programa de educação inter-pares deveria ser apoiado por enquadramentos ou modelos teóricos que explicam o racional que se encontra subjacente. Potenciais financiadores sentir-se-ão igualmente mais confortáveis perante a existência de modelos ou teorias.

Alguns educadores/as inter-pares podem estar menos interessados/as na teoria, mas compreendê-la ajudá-los-á a delinear as agendas e as intervenções dentro de um contexto mais lógico e compreensível.

Têm sido propostos vários modelos e teorias para o enquadramento dos programas de educação inter-pares, dos quais se destacam:

Modelos relacionados com a educação inter-pares

- Modelo da Informação, Motivação, Capacidades Comportamentais e Recursos (IMCR)⁵
- Modelo Trans-teórico ou de Estádios de Mudança⁶
- Modelo de Crença na Saúde⁷

Teorias utilizadas na educação inter-pares

- Teoria da Aprendizagem Social⁸
- Teoria da Acção Sustentada⁹
- Teoria da Educação Participada¹⁰
- Teoria da Difusão da Inovação¹¹

Para evitar listas e explicações exaustivas, este manual explica três modelos úteis no contexto da educação inter-pares.

Modelo da Informação, Motivação, Capacidades Comportamentais e Recursos (IMCR)¹²⁻¹³ – um modelo do “o quê”, “porquê”, “como”, “quem”, “onde” e “quando”

Este modelo é bastante útil dada a sua simplicidade e

facilidade de compreensão. Ele propõe que um programa deva ser perceptível se tiver como objectivo alterar comportamentos de risco relacionados com a saúde, e sugere que deva transmitir **informação** importante, tal como, factos relacionados com a saúde (vias de transmissão das infecções/doenças, sinais e sintomas destas, comportamentos de risco, entre outros). Esta informação, por si só, nem sempre é suficiente para provocar uma alteração de comportamentos. Neste sentido, o modelo propõe que um bom programa deva também ensinar as **competências comportamentais** necessárias para evitar o problema de saúde. Por exemplo, o programa, idealmente, ensinaria os seus participantes a utilizar correctamente um preservativo ou a forma de negociar o sexo mais seguro com o/a parceiro/a.

As pessoas podem necessitar, também, da motivação ou da “razão” para alterar os seus comportamentos de risco, devendo um bom programa trabalhar o interesse dos participantes.

Finalmente, um bom programa tornará claro onde e como é que uma pessoa pode obter **recursos** de modo a reduzir comportamentos de risco. Os recursos podem incluir informação sobre preservativos, barras de látex e serviços de saúde, tais como, o aconselhamento e despiste do VIH/SIDA e das outras infecções sexualmente transmissíveis.

Como é que o modelo funciona na educação inter-pares

Com quatro componentes básicos, o Modelo IMCR permite aos/as educadores/as inter-pares verificar facilmente se a sua agenda/programa inclui um elemento de cada um dos quatro componentes que o integram.

Os/as educadores/as podem decidir sobre os factos mais importantes a transmitir aos participantes e quais as capacidades que devem demonstrar ou “modelar” (por exemplo, através do desempenho de papéis) para a audiência-alvo. Podem ainda encorajar o treino destas capacidades no âmbito da acção de formação. Os/as educadores/as podem decidir sobre qual a melhor forma de motivar a sua audiência de modo a que esta leve a sério a mensagem. Podem também trazer um/a convidado/a que seja portador/a do VIH/SIDA, mostrar um vídeo que

4 Turner G. Shepherd J. Um método em busca de uma teoria: educação pelos pares e a promoção da saúde. Health Educ. Res. 1999 Apr. 14 (2): 235-47.

5 Zielony, R e Lewis, T. (1995) adaptação baseada no trabalho de Fisher, J.D. e Fisher, W.A. Changing AIDS Risk Behaviour Psychological Bulletin, 1992: 111:455-474.

6 Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1997) O Modelo Trans-teórico da Alteração do Comportamento da Saúde. American Journal of Health Promotion, 12 (1), 38-48

7 Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. “Em Direcção a um Modelo de Mudança Compreensível.” Em Miller, W.R. e Heather, N. (eds.) 3-27, Tratar Comportamentos Viciados, New York Plenum, 1986.

8 Janz, N.K. e Becker, M.H. O Modelo de Crença na Saúde: Uma Década mais Tarde Education Quarterly, 1984, II: 1-47.

9 Bandura A. Fundamentos do pensamento e da acção: uma teoria cognitiva social. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1986.

10 Fishbein M. Ajzen, I, Crença, atitude, intenção e comportamento: uma introdução à teoria e à investigação, Reading, MA, Addison-wesley, 1975.

11 Freire P, Pedagogia dos Oprimidos, New York, Sealbury Press, 1979 .

12 Rogers E. Difusão das Inovações, New York, Free Press, 1983.

13 Zielony, R. e Lewis, T. (1994) adaptação baseada no trabalho de Fisher, J.D. e Fisher, W.A. Changing AIDS Risk Behaviour Psychological Bulletin, 1992: 111:455-474 / Teorias e Modelos da Educação pelos Pares, Manual da Formação de Formadores em Educação pelos Pares, UNFPA 2003.

tenha impacto, ou dar informação sobre recursos locais sob a forma de contactos telefónicos, moradas e horários de serviços de saúde e outro tipo de informação.

Modelo de Crenças de Saúde (MCS)¹⁴⁻¹⁵ – Como é que as nossas crenças afectam os nossos comportamentos relativamente à saúde

Originalmente desenvolvido nos anos 50 por Hochbaum, Kegels e Rosenstock, o MCS é usado tanto para explicar como para prever o comportamento relacionado com a saúde. Este modelo foca-se nas atitudes e crenças das pessoas relativamente a assuntos relacionados com a saúde e a forma como aqueles permitem prever os comportamentos face a esta.

O modelo sugere que agir sobre a saúde depende de variados factores, os quais incluem aquilo que a pessoa pensa sobre os riscos ou ameaças pessoais. A pessoa deve, assim, ter a noção de quais são as hipóteses de contrair ou ter determinado problema de saúde. A pessoa pode também ser afectada pelos sentimentos de quão provável é que uma alteração no seu comportamento produza resultados positivos. Este modelo tem ainda em consideração o que pode funcionar como barreiras à mudança, tais como, custos ou dificuldades que resultariam do facto da pessoa fazer alguma coisa.

Para além disto, este modelo sugere a possível existência de circunstâncias internas ou externas que podem levar a pessoa a agir. Uma destas circunstâncias pode ser um sintoma, dificuldade física ou um acontecimento externo que estimule a consciência sobre o problema.

Finalmente, foi sugerido que a “auto-eficácia” deveria ser incluída enquanto factor neste modelo¹⁶. Isto significa que os sentimentos ou percepções de que desenvolver com sucesso um determinado tipo de comportamento pode ter um impacto no desenvolvimento da doença.

Educadores/as inter-pares devem ser capazes de compreender de que forma é que as suas audiências-alvo se relacionam com estes assuntos. Os seguintes factores/exemplos/questões-chave podem ajudar a ligar este modelo à educação inter-pares:

Susceptibilidade percebida

A percepção que uma pessoa tem relativamente às hipóteses ou risco em contrair um problema de saúde. Questão-chave: *Quais são as hipóteses de eu ser infectado/a com o VIH/SIDA ou de contrair outras infecções sexualmente transmissíveis?*

Percepção da gravidade

A percepção de uma pessoa relativamente à gravidade

da condição ou problema de saúde e às consequências que daí podem advir. Questão – chave: *Quão nefasto é contrair o VIH/SIDA ou uma IST?*

Percepção dos benefícios

Esta é a percepção da pessoa face à probabilidade de obter um ganho ou benefício positivo através da acção ou comportamento por si desenvolvido. Questão – chave: *De que forma é que usar protecção me vai ajudar?*

Percepção das barreiras

Esta é a percepção das dificuldades, nomeadamente, dos custos psicológicos ou tangíveis, de agir de determinada forma. Questão – chave: *O que dificultará usar protecção ou dizer “não”?*

Orientações para a acção

Estas são as situações que podem desencadear a acção ou levar a uma alteração de comportamento. Podem ser incidentes físicos, um sintoma que dá sinal a nível físico, ou situações ou experiências externas, tais como relatórios de imprensa ou outras experiências que estimulam a acção. Questão – chave: *Que tipo de situação me pode levar a ser mais cuidadoso/a?*

Auto-eficácia

Um aditamento à teoria original, isto significa a confiança, sentimento ou crença na capacidade de desempenhar uma acção de forma eficaz. Questão – chave: *Serei eu capaz de me proteger eficazmente?*

Como é que o modelo funciona na educação inter-pares

O MCS pode ser muito útil na educação inter-pares uma vez que conduz o/a educador/a a reflectir sobre o que é que pode levar as pessoas a usar protecção, quão ameaçadas elas se podem sentir relativamente à doença e quão capazes são e se sentem capazes de alterar o seu comportamento.

Modelo Trans-teórico ou de Estádios de Mudança¹⁷ – quais os passos para alterar o comportamento?

Desenvolvido por Prochaska e DiClemente em meados dos anos 80, este modelo sugere que a alteração comportamental tende a ocorrer através de uma série de passos ou estádios. De acordo com este modelo, os estádios iniciam-se antes da pessoa ter sequer pensado sobre ou ter contemplado a hipótese de mudar. O modelo analisa vários estádios que a pessoa percorre no processo de mudança de comportamento, desde o de tomar consciência de uma necessidade até à tomada de decisão em mudar e de manter essa mudança durante

14-15 The Communication Initiative – theories-Health Belief Model (Detailed) <http://www.comminit.com/ctheories/sld-2929.html>. Apêndice B: Selected Planning Frameworks, Social Science Theories, and Models of Change in Making Health Communications Work, A Planner’s Guide <http://cancer.gov/pinbook>, US Dept. of Health and Human Services Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute.

16 <http://www.fhi.org/en/aidscap/aidspub/behres/bcr4theo.html#anchor224342> » Family Health International’s Webpage: Behaviour Change – a Summary of four major Theories as cited in the Communication Initiative-theories-Health Belief Model (Detailed) <http://www.comminit.com/ctheories-sld-2929.html>.

17 Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C. “Towards a Comprehensive Model of Change” In Miller, W.R. and Heather, N. (eds.), 3-27, Treating Addictive Behaviors, New York Plenum, 1986.

um período de tempo. A denominação “trans-teórico” foi escolhida dado o modelo ser inspirado em várias teorias da alteração comportamental.

Os estádios definidos no modelo são:

1. **Pré-contemplação** – a pessoa pode não ter a intenção de desenvolver qualquer acção e pode nem sequer estar a pensar sobre o problema ou o risco.
2. **Contemplação** – a pessoa tem intenção de agir mas ainda não o fez.
3. **Preparação** – a pessoa tenciona agir e tem-se estado a preparar para o fazer, tendo já dado alguns passos para a alteração de comportamento e assumido que o vai fazer no espaço de um mês.
4. **Acção** – a pessoa já alterou o seu comportamento ou já agiu.
5. **Manutenção** – a pessoa não só alterou o comportamento como tem conseguido manter o novo comportamento durante pelo menos um período de seis meses.

Como é que o modelo funciona na educação inter-pares?

Esta teoria foi incluída neste manual dado o seu valor para a compreensão dos vários estádios que as pessoas, normalmente, percorrem até alterarem o seu comportamento, sendo valiosa quando se está a trabalhar apenas com a pessoa e não com um grupo.

Se nunca se tiver pensado sobre um problema ou sobre alterar um comportamento, ou ter sentido qualquer sensação de risco ou vulnerabilidade, torna-se claro que é necessária a criação de uma consciência sobre a natureza do problema ou do risco. Se, por outro lado, alguém tenha tomado a decisão de tentar mudar, o educador de pares pode ter de se focar em ajudar pessoas a aprender as capacidades necessárias à mudança. Ainda noutro exemplo, e no caso de uma pessoa ter já alterado o seu comportamento mas o efeito dos factos que terão motivado a mudança estar a esmorecer, pode ser necessário reabilitar aquilo que inicialmente motivou ou inspirou a alteração de comportamento.

É importante notar que este modelo pode ser mais difícil ou complicado de aplicar em cenários de grupo no contexto da educação inter-pares, isto porque muitos participantes se encontram em diferentes estádios de mudança e o foco, tipo de abordagem ou de intervenção podem não funcionar para todos de igual maneira.

Na definição de um programa para um grupo, é útil tentar abranger todo o tipo de pessoas recorrendo a vários tipos de actividades e de pontos focais. Parte do programa pode dirigir-se àqueles que estão ainda na fase de pré-contemplação e ainda não tenham pensado muito no problema, podendo esta ser a fase de criar notoriedade em torno do mesmo. Outras partes do programa podem focar-se mais em ajudar aqueles que já se encontram na fase de “contemplação” a prepararem-se para assumir a concretizar a(s) mudança(s). Por exemplo, alguns participantes podem necessitar de ajuda para negociar com os seus companheiros/as os momentos de espera relativamente às relações sexuais ou ao uso do preservativo. Outros poderão ter já chegado à fase de acção e necessitam de reforçar ou ajudar a manter o seu comportamento positivo relativamente à sua saúde.

Competências e técnicas

Competências

Algumas competências são particularmente importantes quando se trabalha com grupos VMSE:

- Paciência – necessitará de tempo para se aproximar das pessoas que fazem parte da sua audiência e de ganhar e manter a sua confiança.
- Tolerância e relação sem preconceitos – seja honesto(a) consigo próprio(a) e esteja atento/a a preconceitos que possa ter relativamente a estas pessoas. Não julgue segundo os seus próprios preconceitos mas discuta-os com docentes, supervisores/as e colegas de equipa antes de entrar em contacto com grupos VMSE.
- Compreender as suas necessidades – é necessário perceber que as suas prioridades podem ser de ordem alimentar e de habitação (é necessário que os participantes destes grupos tenham acesso a este tipo de bens antes de acederem a informação e outros serviços). Além disso, as pessoas normalmente não desejam descontinuar ou alterar comportamentos não seguros apenas porque lhes dirá que o seu comportamento é de risco (por exemplo, no caso da prostituição). Talvez seja suficiente ajudar a diminuir o risco ao qual se expõem. Esta abordagem pode ser mais produtiva e útil do que tentar oferecer-lhes um novo tipo de vida, um trabalho ou a oportunidade de participarem na educação inter-pares.
- Reajustamento – os seus encontros com grupos VMSE nem sempre decorrerão como o previamente planeado, o que implica que

tenha de pensar rapidamente e de ajustar as actividades planeadas de modo a que sejam o mais construtivas e profícuas possível.

- Comunicação e Negociação adequadas – durante o contacto com pessoas VMSE, deverá comunicar de uma forma que resulte na compreensão daquilo que diz e na vontade de levar os/as participantes a cooperar consigo. Assim, apreender as técnicas que potenciem a aproximação torna-se essencial (veja a caixa de texto intitulada “Comunicação”).

Técnicas de Comunicação: Conselhos da comunidade VMSE

Educadores/as inter-pares que trabalham connosco nos grupos VMSE necessitam de compreender como nos contactar e devem ser capazes de se adaptarem às regras estabelecidas.

O trabalho connosco deve tomar a forma de interacção “de uma para uma”. Por exemplo, no caso de pessoas envolvidas na prostituição, no qual a presença de uma 3ª pessoa pode constituir um obstáculo à comunicação. (*Isto é igualmente aplicável a muitos outros grupos, tal como o de jovens em campos de refugiados ou instituições*). Um contacto breve, que dure alguns minutos pode ser muito eficaz numa primeira conversa. Não insista em encontros longos, nem deixe que se prolonguem mais do que aquilo que é desejado pelos participantes.

Onde ocorre o encontro

É importante que o local do encontro connosco seja mais comum e aceitável para nós do que para si, o/a educador/a inter-pares. Pode ser na rua, num parque, na periferia da cidade ou num campo de refugiados. Pode ser num café ou em qualquer outro lugar onde habitualmente nos veja (chamados “workshops em ambiente”). É irrealista que assuma que nos desloquemos ao seu clube ou à sua organização. Com o decorrer do tempo e no momento em que tenha sido construída uma confiança mútua, poderá desenvolver um trabalho mais de acordo com as regras estabelecidas, tais como os convencionais *workshops* de grupo.

Deve também modificar as técnicas de trabalho de acordo com as nossas necessidades. Enquanto educador/a inter-pares, deverá desde o início reconhecer bem estas necessidades, sendo importante passar algum tempo connosco, nos locais onde vivemos, e conhecer as nossas capacidades, necessidades e atitudes.

Comunicação

Em primeiro lugar, deve estudar os nossos canais de comunicação e ajustar o tipo de linguagem, tendo em consideração a forma como melhor apreendemos a informação.

Fotografias e brochuras apelativas que “falam” directamente connosco são suportes mais eficazes do que os estudos com informação científica. Este tipo de dados é importante para o trabalho desenvolvido junto de pessoas iletradas, com baixa escolaridade ou que não falam a língua do país onde residem.

É também importante ter atenção aos elementos do nosso grupo que têm menores capacidades de compreensão. Nestes casos, pode usar filmes de curta duração com música apropriada, sem texto ou legendas.

O desempenho de papéis é também importante no desenvolvimento de competências e na divulgação de informação. A simulação (por exemplo, a demonstração do uso do preservativo masculino ou feminino com o recurso um modelo anatómico base) pode ser mais efectiva do que qualquer tipo de material escrito.

Naturalmente, as pessoas que vivem com grupos VMSE compreendem melhor as necessidades dos seus pares. Para procurar canais efectivos para comunicação, pode procurar alguém que ajude a implementar o programa (tal como um líder informal de um grupo ou organização juvenil, ou jovens de grupos VMSE). Isto pode resultar numa relação mais próxima e efectiva e pode oferecer uma valiosa informação de apoio sobre o grupo-alvo. É bom para a pessoa que assume este papel obter formação sobre educação inter-pares através do vosso programa. Se não vivermos no seio de um grupo VMSE e não experimentarmos as suas condições de vida, saberemos muito menos sobre as suas necessidades do que aqueles que o fazem. Devemos conhecer estes grupos bem como as suas necessidades através de pessoas que os representam. Estas são as melhores pessoas para ensinar sobre as suas necessidades, motivações e expectativas. Uma forma muito eficaz de obter esse tipo de *insights*/ contributos é através da organização de *focus* grupos.

Trabalhar com *focus* grupos ou grupo focal

Os *focus* grupos são habitualmente constituídos por 6 a 12 pessoas que apresentam características homogéneas, por exemplo, o género, o mesmo intervalo de idades, educação, cultura, profissão, orientação sexual ou outras. Por exemplo, um *focus* grupo com raparigas e mulheres envolvidas em actividades prostitutivas pode ter mais sucesso se não incluir rapazes e homens, dada

a natureza íntima e pessoal de algumas questões. Os encontros de grupos focais devem decorrer em ambientes confortáveis e simpáticos onde participantes se possam sentir à vontade de modo a facilitar o espírito de grupo. Após a apresentação do/a educador/a e dos/as participantes e de ter sido criada uma atmosfera positiva, o/a educador/a explica porque é que aquele grupo está reunido e aquilo que vai ser discutido (por exemplo, o uso da contraceção). O/a educador/a terá já previamente preparado as questões a colocar a todo o grupo.

O/a educador/a deve incentivar a participação sem criticar ou julgar as opiniões dos/as participantes, posicionando-se apenas como moderador/a. O objectivo é aprender o mais possível sobre as experiências dos membros do grupo de modo a planear actividades futuras (por exemplo, a melhor forma de ensinar pessoas dos grupos VMSE sobre a temática da contraceção). As regras aplicadas aos *workshops* são aquelas que aplicam aos *focus* grupos.

O *focus* grupo tem uma duração normal de uma hora, uma hora e meia. O/a educador/a deve ser flexível, amigável e cuidadoso/a no sentido de assegurar que cada participante tenha espaço e tempo para intervir e dizer o que desejar e que ninguém monopolize o tempo. Quando uma questão fica respondida, o/a educador/a segue para a seguinte e assim procede até ao final do conjunto de questões definidas.

A pessoa que organiza o grupo focal/*focus* grupo pode assegurar igualmente que esteja presente um/a observador/a cuja tarefa seja a de registar cuidadosamente as respostas e reflexões de todos os participantes, mas sem gravar os seus nomes de modo a manter a sua privacidade. O observador deverá registar também o ambiente em que decorre o grupo focal e procurar experiências e reflexões semelhantes. O/a observador/a deve ser apresentado/a ou deve-se identificar no início do encontro.

No final, deve ser dada a oportunidade aos participantes de dizerem algo que não foi possível dizer no decorrer do encontro ou de formularem as questões que entenderem. Para retirar o melhor partido do *focus* grupo é aconselhável que o/a educador/a seja apoiado por outras pessoas educadoras, supervisores, consultores e outros especialistas na preparação, facilitação e análise dos resultados do encontro.

Técnicas

As técnicas mais utilizadas no trabalho de grupo são:

- trabalho individual

- trabalho em pares ou em pequenos grupos
- criação e discussão de ideias (*brainstorming*)
- técnica do “aquário” conversação “em círculo”
- desempenho de papéis
- discussão de grupo
- jogos
- *workshops* criativos
- avaliação
- apresentação de vídeos

Trabalho individual

Cada participante no grupo é envolvido separadamente numa tarefa específica; é focado nas suas atitudes e pensamento e procura a sua própria solução ao problema proposto.

Quando se trabalha desta forma, é importante que o/a educador/a sublinhe que não existem respostas boas nem respostas más mas que todas as respostas são válidas uma vez que reflectem um *insight* pessoal. O/a educador/a deve encorajar os/as participantes mais hesitantes a exprimir as suas opiniões pessoais sobre os problemas em questão sem, porém, forçar ou colocar as pessoas pouco à vontade.

Trabalhar em pares ou em grupos pequenos

Pares ou grupos de quatro a seis participantes – o número óptimo de num grupo pequeno – são envolvidos numa determinada tarefa. Os diferentes grupos devem estar suficientemente separados uns dos outros de modo a trabalharem isolados de factores de distração.

Os/as participantes são divididos aleatoriamente por pares ou grupos pequenos, devendo ser reagrupados de acordo com cada nova tarefa distribuída. Cada grupo pode eleger o/a seu/sua líder ou facilitador para registar as conclusões a que chegaram, devendo ainda escolher a pessoa que irá apresentar os resultados a toda a audiência do encontro. Esta pessoa não se deverá esquecer das limitações de tempo e deverá assegurar que os participantes do grupo respondam aos assuntos abordados.

Criação e discussão de ideias (*brainstorming*)

A criação e discussão de ideias em grupo é uma técnica que envolve uma contribuição espontânea de ideias por parte de todos os elementos do grupo, sendo pedido a estes que façam associações livres a determinado assunto, utilizando apenas uma ou poucas palavras para expressar as suas ideias. O/a educador/a inter-pares

deverá registar as ideias apresentadas num quadro ou papel de cenário. Este é um bom método para envolver todo o grupo e para pensar livremente sobre um assunto, podendo ser igualmente usado para a resolução de problemas, em grupo.

Através desta técnica os/as participantes geram todo o tipo de respostas, e o/a educador/a de pares que facilita o processo deve anotá-las e nunca agir de forma apreciativa relativamente ao valor das ideias expressas.

No final, o grupo pode categorizar ou organizar as ideias apresentadas e discuti-las abertamente. Esta é uma boa forma de o/a educador/a inter-pares ter uma ideia do pensamento e do conhecimento que o grupo tem relativamente a um dado assunto.

Técnica do “aquário”

Um par ou um pequeno grupo desenvolve uma determinada actividade no centro de um círculo, com os restantes participantes a agir como observadores que irão fazer comentários e dar sugestões após a sessão. No caso dos participantes actuarem junto de um grupo maior, dever-se-ão preparar antes, organizando-se em grupos pequenos e ganhar confiança.

Conversação “em círculo”

Os/as participantes discutem determinados assuntos pela ordem seguinte: o primeiro a começar é aquele que se senta à esquerda (ou à direita) do/a educador/a, sucedendo-se aquele que está ao seu lado, e assim sucessivamente até o círculo estar completo.

O/a educador/a assegura-se que todas as pessoas no grupo se ouvem uma às outras. É possível usar a regra “passo” que permite aos participantes que não estejam à vontade não terem de falar, passando a palavra ao elemento seguinte. Estes participantes podem e devem, porém, ser incluídos na conversação depois de iniciada a conversa, se assim o desejarem.

Desempenho de papéis (actuação)

O desempenho de papéis (actuação) é uma técnica na qual pares ou um grupo de pessoas simulam ou desempenham situações do dia-a-dia. As personagens, as situações e os conteúdos são pré-definidos tendo em conta as suas relações e identidade pessoal.

Outra hipótese que pode tornar a actuação num método de entretenimento fascinante é a improvisação. Criam-se diálogos e cenas ao longo do jogo tomando parte activa na construção e no desenrolar da história.

Esta técnica pode ser utilizada para apresentar um tema e explorar atitudes e valores, podendo igualmente ajudar-nos a conhecer-nos a nós próprios, praticar a tolerância

e analisar os nossos próprios comportamentos. Após a actuação, o/a educador/a coloca questões de forma a facilitar a discussão sobre como as personagens se comportaram e de como os cenários eram semelhantes ou diferentes dos da vida real. O/a educador/a pode ainda perguntar às pessoas se elas podem pensar em orientações ou estratégias alternativas que as personagens podiam ter tomado ou utilizado.

Discussões de grupo

As discussões são oportunidades para partilhar ideias e reflexões sobre determinado tema e para analisar atitudes. Aqui, o papel do/a educador/a é seguir a direcção da discussão, para estimular a participação de todos os elementos, colocar questões, ouvir os participantes e, no final, sumariar as conclusões finais resultantes da intervenção de todas as pessoas.

Avaliação

A avaliação é uma resposta àquilo que foi conseguido na educação inter-pares. É importante que os/as educadores/as saibam utilizar técnicas de avaliação em qualquer programa que definam. A avaliação permitirá obter um quadro claro de quão bem as pessoas apreenderam a informação, assim como o seu grau de satisfação face à formação.

O pré e pós-teste é uma boa ferramenta para avaliar o grau de informação dos/as participantes face ao tema. A ficha de avaliação é anónima, com questões breves e de escolha múltipla. Isto ajudará quem planeia os programas a melhorar os seus métodos quando desenham actividades futuras de educação inter-pares.

Algumas destas ideias são descritas com maior detalhe na fase 3 “Monitorizar e Avaliar”

Criar um ambiente de aprendizagem adequado

É tarefa do/a educador/a de pares criar e manter os ambientes de aprendizagem mais adequados para a educação inter-pares, tanto em sala como no campo. Este ambiente deve ser tanto física como psicologicamente seguro e confortável. O espaço de formação óptimo deve ter tantos dos atributos definidos nas listas seguintes quanto possível.

Espaço psicológico – uma *checklist*

- Desenvolvimento de um conjunto de regras base, tais como um contrato criado com os contributos dos participantes.
- Uma atmosfera de ensino positiva na qual é estimulada a participação e a produção de ideias é motivada e não julgada.
- Respeito pela confidencialidade pessoal.
- Protecção através de uma cuidadosa supervisão psicológica para que o conteúdo do ensino não seja demasiado surpreendente ou distante para os/as participantes.
- Um conjunto de referências de recursos médicos e psicológicos para o caso da ocorrência de uma emergência médica ou de um/a participante sentir a necessidade de debater/analisar assuntos pessoais com profissionais.
- A capacidade do líder excluir um participante do programa, no caso de este constituir uma ameaça à segurança e bem-estar de outros participantes.
- A possibilidade de crescer e aprender em equipa.
- Oportunidades para visitas de terreno.
- A capacidade de apoiar a resolução de conflitos logo que a necessidade surja.
- Aceitar que toda a gente é igualmente importante e merecedora de respeito em qualquer circunstância, e a obrigatoriedade do mesmo.
- Consentimento parental da participação de menores no programa, quando se justificar
- Um ambiente que transmita aos participantes que a sua participação é útil.

Espaço físico – uma *checklist*

- Espaço para trabalhar confortavelmente, tanto sentado como a andar de um lado para o outro.
- Assentos confortáveis ou um espaço cómodo para se sentarem.
- Temperatura agradável.
- Luminosidade adequada.
- Bom isolamento do ruído exterior.
- Boa acústica do espaço, que permita que as pessoas se possam ouvir umas às outras.
- Nada que distraia visualmente os participantes e isolamento face a olhares do exterior.
- Comida e bebidas adequadas nos momentos de intervalo.
- Espaço que permita que todas as pessoas se vejam umas às outras.
- Um espaço em local seguro.

Fase 3 - Monitorizar e avaliar

Conhecer os seus limites enquanto educador/a inter-pares

Para além das oportunidades para crescer e para fazer a diferença que a educação inter-pares oferece, existem também riscos na tentativa de atingir grupos VMSE através deste tipo de educação. Alguns dos riscos advêm da tentativa de empoderar pessoas que podem não conseguir posicionar-se como especialistas ou profissionais quando lidam com assuntos sensíveis e importantes relacionados com a saúde com pessoas vulneráveis. Isto lembra a necessidade de boa/adequada formação e supervisão de educadores/as inter-pares sob pena de veicularem informação incorrecta, serem pouco motivadores enquanto modelos a seguir ou reforçarem preconceitos existentes. Além disso, se não forem adequadamente formados para entender a natureza dos limites relativos a assuntos como a sexualidade humana, podem inconscientemente desenvolver comportamentos pouco empáticos ou inapropriados ou desculpar tais comportamentos no grupo. No entanto, muitos destes riscos podem, igualmente, ocorrer dentro de sistemas mais tradicionais se não houver suficiente e adequada formação e/ou desempenharem correctamente as suas funções.

Podem também existir riscos para os/as educadores/as se forem trabalhar para ambientes hostis ou perigosos sem supervisão. Algumas audiências podem rejeitar a “franqueza” do discurso de educadores/as inter-pares, outras podem questionar o valor das pessoas enquanto educadoras inter-pares, outras podem, ainda, estar cansadas de ouvir falar sobre os temas e criar resistência à participação no programa.

Educadores/as inter-pares que não tenham experiência em interagir com certos grupos ditos vulneráveis podem acabar por alinhar em comportamentos arriscados se não forem bem formados e supervisionados. Uma supervisão próxima feita por profissionais bem treinados e cuidadosos é a forma mais eficaz de assegurar que a experiência educacional seja apropriada e eficaz tanto para participantes como para os/as educadores/as inter-pares.

Assegurar o sucesso quer da monitorização quer da avaliação

É importante monitorizar e avaliar correctamente

qualquer programa de educação inter-pares que esteja a decorrer de modo a garantir o conhecimento integral do processo. Estes programas são criados para atingir metas e objectivos muito específicos, pelo que uma boa avaliação e monitorização clarificarão os seus progressos e conquistas.

Monitorização

Monitorização corresponde a avaliar quantitativamente a operacionalização do programa.

Ela verifica o que está a acontecer diária e mensalmente, tal como o número de eventos educacionais ou sessões de formação desenvolvidas, o número de formandos ou de pessoas do grupo – alvo abrangidas e outros objectivos que possam ter sido previstos no plano do programa.

Avaliação

Existem dois grandes tipos de ferramentas de **avaliação** utilizadas na visualização do sucesso do programa – a avaliação de **processo** (as séries de acções direccionadas para os objectivos do projecto) e a avaliação dos **resultados** (ou de impacto) do programa junto dos seus grupos – alvo. Além disso, os dois tipos de medição que as pessoas utilizam para avaliar o funcionamento do programa são de carácter **qualitativo** (relativo à qualidade de alguma coisa) e **quantitativo** (relativo à quantidade ou frequência de algo).

Embora estas palavras possam parecer de carácter técnico, é importante conhecê-las e apreender o seu significado.

A **avaliação de processo** refere-se ao levantamento do grau de cobertura e de concretização das actividades que foram planeadas no âmbito do programa.

Os principais dois sub-componentes para monitorizar o processo na educação inter-pares são:

- o processo de formação de educadores/as inter-pares;
- as actividades desenvolvidas por educadores/as inter-pares¹⁸.

Num livro de referência sobre a monitorização e avaliação de programas de VIH/SIDA dirigidos a jovens, os autores Webb e Elliot descrevem alguns dos indicadores que podem ser usados para medir tanto a formação como as actividades desenvolvidas por educadores/as¹⁹.

18 Adaptado de: Learning to Live: Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people, Webb, D., and Elliot, L., Save the Children Fund, 2000.

19 Veja a nota 7 pág. 22.

incluem:

- Processo de formação;
- Informação recebida ou o que os educadores/as aprenderam através da formação;
- Estratégias de ensino aprendidas sobre como negociar a utilização de preservativo;
- Alterações nas suas vidas em resultado do seu envolvimento no projecto.

Os autores assinalam também que o processo de monitorização pode focar-se na produção de dados, o que demonstra que educadores/as estão a desenvolver as actividades especificadas e a obter um grau de cobertura relevante.

Medições das actividades de educadores/as incluem:

- Proporção de educadores de pares e de grupos de educadores/as activos/as por área;
- Taxa de desistência de educadores/as inter-pares;
- Número de pessoas atingidas por área (segmentadas por idade e género, se possível)
- Número e frequência das sessões;
- Número de preservativos masculinos e femininos distribuídos gratuitamente ou distribuídos através de acções de *marketing social*;
- Número de pedidos de preservativos;
- Número de materiais de informação, educação e comunicação distribuídos (tais como *posters* e folhetos);
- Questões colocadas por participantes em encontros.

Monitorização e avaliação bem sucedidas: um exemplo do Vietname.

Hoje existem sistemas concebidos para monitorizar e avaliar programas de educação pelos pares delineados para atingir pessoas de grupos VMSE e que estão a contribuir para o sucesso destes programas e para a melhoria de esforços futuros²⁰.

Num dos exemplos, a educação inter-pares foi utilizada para atingir jovens utilizadores de drogas na cidade de Ho Chi Minh, no Vietname. Como resultado deste projecto, foram construídos indicadores específicos que podem ser utilizados em inquéritos sobre o conhecimento, atitudes e práticas (veja o Inquérito KAP no glossário), constituindo uma ferramenta para monitorizar o programa.

A seguir, encontra uma versão adaptada da lista dos

indicadores. Alguns deles, adaptados apropriadamente, podem aplicar-se a outros grupos. Ao longo do tempo, estes indicadores podem ser usados na **avaliação de impacto** de muitos projectos de educação inter-pares.

Indicadores

Cobertura

- Número de pessoas contactadas na população-alvo;
- Número de bens de prevenção distribuídos (por exemplo: seringas e preservativos);
- Número de utilizadores de drogas injectáveis e trabalhadores de sexo que recebem preservativos e seringas/agulhas.

Resultados

- Percentagem da população – alvo que fuma, usa drogas injectáveis ou tem sexo não protegido;
- Percentagem de pessoas que sabe onde comprar ou aceder a preservativos e equipamento de injeção esterilizado;
- Perfil de idades da primeira utilização de drogas ou primeiras relações sexuais não protegidas;
- Percentagem de crianças/jovens da população – alvo que informa ter seringa própria ou não ter preservativos;
- Percentagem de crianças/jovens que percepção a sua vulnerabilidade ao VIH;
- Percentagem da população-alvo que já fez o teste ao VIH.

Estes indicadores mostram algumas das formas como se pode monitorar o sucesso de um projecto e o seu impacto numa comunidade vulnerável. Com uma monitorização e avaliação adequadas, é possível adaptar ou replicar as lições aprendidas num projecto noutras áreas ou junto de outras populações.

Conhecer a importância da avaliação

Há alguma tendência para evitar os detalhes da monitorização e da avaliação de programas de educação inter-pares. Aqueles que podem não estar “inclinados” para estudar o trabalho desenvolvido no âmbito de um programa, preferindo dar continuidade à educação inter-pares no terreno, podem não ter a noção de quão importante e essencial é o processo para o sucesso global do programa bem como para a sua sustentabilidade. Pode existir a tendência para ver e sentir, intuitivamente,

²⁰ Reaching marginalized young people: the case of peer education for drug users in Ho Chi Minh City, Vietnam, in Learning to Live: Monitoring and evaluating HIV/AIDS programmes for young people, Webb, D., and Elliot, L., Save the Children Fund, 2000.

que as coisas *parecem* estar a correr muito bem. De acordo com várias perspectivas, porém, isso não é suficiente. Entidades financiadoras e promotoras do programa vão querer saber que o seu apoio está a ser bem aplicado. É necessário tentar medir se o programa está realmente a ter impacto no conhecimento, competências comportamentais, motivação ou em tudo aquilo que estiver incluído nas metas quantificáveis do projecto.

É frequente, no final de um *workshop* de educação inter-pares, a equipa de formadores/as sair com a sensação de foi muito bem sucedida. No entanto, quem questiona o valor da educação inter-pares vai de facto querer saber se o programa tem impacto no comportamento ou, simplesmente, deixa uma boa sensação nos participantes, algumas vezes referida como “o factor sentir-se bem”. Sem conhecer o processo do programa é difícil identificar qual terá sido o problema quando alguma coisa corre mal ou quando, de alguma forma, o programa foi mal sucedido.

Num manual de educação inter-pares produzido pela IPPF em 2002 pode ler-se:

“A monitorização e a avaliação das actividades desenvolvidas por educadores/as inter-pares devem ser cuidadosamente planeadas, recorrendo a técnicas quantitativas e qualitativas para identificar as forças e fraquezas do projecto.

A monitorização das actividades de educadores/as inter-pares pode ser desenvolvida por colaboradores no projecto, educadores mais experientes e também por membros da comunidade, tais representantes da direcção do projecto e docentes.

Os procedimentos da monitorização podem incluir visitas de supervisão, relatórios de actividades e encontros regulares. A utilização de discussões e inquéritos qualitativos junto de grupos focais que incluam tanto beneficiários do programa como educadores inter-pares, poderá oferecer contributos para introduzir melhorias no

projecto em áreas específicas.

As avaliações do projecto devem incluir indicadores de processo e de impacto. As ferramentas de avaliação devem ser bem formuladas e dirigir-se a *outputs* e realizações específicas da educação inter-pares. Por exemplo, a informação processual recolhida pode incluir o número de jovens abrangidos através dos *workshops* e o número de preservativos distribuídos. O impacto pode ser medido através de questionários pré e pós programas e questionários comportamentais. A informação recolhida para efeitos de monitorização e avaliação deve ser compilada, analisada e disseminada sistematicamente para que lhe possa ser atribuída algum valor. Nos casos em que isto é feito de forma eficaz. A monitorização pode representar uma contribuição vital para o planeamento e gestão do programa. A referência a informação quantitativa apoiará também a evolução do impacto e constrangimentos do programa”²¹.

Para uma explicação mais detalhada sobre métodos de investigação da avaliação que podem ser utilizados nos programas de educação inter-pares, consulte *Learning to Live: Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Programmes for Young People, Save the Children Fund, 2000*. Esta edição contém ideias relevantes sobre programas dirigidos a jovens, relações com intervenientes, opções estratégicas para abranger jovens e uma grande variedade de ideias úteis para delinear a avaliação de programas.

21 De: Monitoring and evaluation pg.12, Peer Education Manual – Peer Education: Successfully Promoting Youth Sexual and Reproductive Health – Guidelines IPPF Vision 2000 Funds, 2002.

Trabalhar com grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos

Grupos Vulneráveis: uma definição

Se procurar a palavra **“vulnerável”** no dicionário, provavelmente encontrará todo o tipo de palavras que se relacionam com ela: indefeso, desprotegido, susceptível, fraco, criticável, ferido, atacável e em perigo/risco.

As definições da palavra **“marginalizado”** descreve as situações que estão na margem ou na fronteira, fora do percurso dominante sem importância fundamental. Os objectos marginalizados são definidos como estando localizados na linha divisória da consciência e às vezes perto do limite mais baixo da qualificação, aceitação ou função.

Uma vez que a palavra **“social”** se refere à sociedade e o termo **“exclusão”** significa estar fora ou distante de um local, grupo ou privilégio, a **“exclusão social”** refere-se às situações em que as pessoas são afastadas de privilégios ou de se incluírem nos aspectos sociais da sociedade que se encontram acessíveis a outros. Esta exclusão pode ocorrer no âmbito de uma diversidade de eventos sócio-culturais, encontros, clubes, sociedades, grupos de apoio, eventos culturais e outros. Enquanto o ser marginalizado se refere a uma posição de limite, de fronteira da cultura, embora existindo o potencial de fazer parte dela mesmo que não numa posição central, a exclusão social é um termo mais forte, sugerindo que uma pessoa ou o seu grupo não seja de modo algum incluído nessa sociedade, ou seja, em risco de rejeição. O impacto pode ser similar para grupos marginalizados e socialmente excluídos. Por exemplo, numa comunidade onde a educação sexual seja providenciada pelo sistema escolar, podem não haver materiais ou programas culturalmente sensíveis e adequados às populações marginalizadas ou socialmente excluídas. O programa pode ser definido para atingir apenas a cultura vigente ou dominante.

Níveis de tolerância

Em algumas culturas, se somos homossexuais podemos ser tolerados, mas nunca aceites ou bem-vindos. Neste contexto, os programas de educação sexual num sistema escolar pode, pelo menos, reconhecer a nossa existência e possivelmente fornecer alguns materiais de apoio à aprendizagem. Noutras culturas, a intolerância pode

ser tão absoluta que as pessoas com uma orientação homossexual são socialmente excluídas. Neste tipo de comunidades, pode não existir nenhuma referência sobre homossexualidade. Se existir uma referência, pode ser para sugerir segregação, punição ou penalização. Aqui, a exclusão social pode levar a uma completa falta de materiais e recursos para as pessoas com a mesma ou diferente orientação sexual aprenderem sobre sexualidade.

A forma como a sociedade trata os grupos marginalizados ou socialmente excluídos pode tornar-nos vulneráveis, embora possamos ganhar força através da nossa defesa e auto-capacitação.

Causas potenciais

Existem várias causas potenciais para a vulnerabilidade e marginalização no seio das populações e dos indivíduos. Estas causas podem ter as suas raízes em aspectos de ordem biológica, física, psicológica, sócio-cultural, económica, étnica, religiosa, ambiental, histórica e política.

Quaisquer que sejam as razões, existem programas especificamente delineados para ter em consideração a vulnerabilidade e a marginalização. O objectivo é reduzir as ameaças às pessoas que possuem este tipo de vulnerabilidades e reforçar as suas defesas.

Neste manual, o termo **“vulnerável”** descreve grupos mais expostos ao risco ou menos bem protegidos do que a “corrente comum” da sociedade. Os grupos tradicionais podem ter alguma susceptibilidade a problemas de saúde, incluindo a sexual e reprodutiva, embora menor que estes grupos.

Na secção seguinte, o leitor é convidado a olhar para o mundo da vulnerabilidade de um modo que desloca a experiência das meras palavras para a imaginação e recordação pessoal.

Quando os/as jovens tomam conhecimento dos lados mais difíceis da vida

Pode ser um pouco difícil ou mesmo desconfortável pensar e aprender sobre vulnerabilidade e exclusão social dado estas experiências de vida estarem frequentemente

associadas à dor, trauma, tristeza e dureza. A vida para algumas pessoas dos grupos mais vulneráveis das nossas sociedades apresenta, por vezes, elementos de tragédia. Porém, pode haver o potencial para a mudança, para o sucesso e para a felicidade.

Pode-se pensar que não é justo expor rapazes e raparigas às facetas mais difíceis da vida. Por outro lado, por vezes não é dada importância suficiente a este facto, sendo muitos jovens com acesso à televisão, jornais, internet ou à própria vida de rua, diariamente expostos a novas notícias ou outras evidências relacionadas com discriminação, violência, guerra, abuso, crime e vitimação.

Enquanto educadores/as de pares temos conhecimento das dificuldades no contexto da educação inter-pares, temos de nos capacitar para fazer a diferença no mundo dado que podemos transformar a tristeza em energia para uma vida positiva e tentar melhorar a vida de outros jovens.

Tornar a educação inter-pares mais pessoal

Enquanto educadores de pares que tentam ajudar pessoas oriundas de grupos VMSE, como é que poderemos compreender as suas vulnerabilidades a um nível pessoal? Isto pode acontecer naturalmente com alguns de nós devido às nossas situações de vida. Talvez nós sejamos, ou tenhamos sido, membros de grupos marginalizados, vulneráveis ou socialmente excluídos. Para os restantes de nós, poderemos ter de olhar para dentro de nós e recorrer à nossa imaginação, temos de ir além das palavras e chegar ao nosso coração, às nossas experiências. Vamos dar-nos alguns momentos para pensar sobre a vulnerabilidade. Tentem imaginar algumas das situações seguintes, as quais podem ou não ser-lhe familiares.

Há dias em que nos sentimos mais fortes, no topo, energéticos e otimistas relativamente à gestão da nossa vida. Outros dias podemos sentir menos confiantes, menos entusiasmados e “em baixo”, menos seguros e mais ameaçados pelo que nos rodeia. Causas diferentes podem estar na origem destes vários estados de espírito, algumas internas, outras externas. O importante de notar é que existe uma diferença entre estas sensações. Em certos dias sentimo-nos mais fortes, como se nada nos pudesse fazer mal, e noutros dias sentimo-nos mais vulneráveis. O reconhecimento destas diferenças pode abrir caminho a uma melhor compreensão ou recordação de como é estar vulnerável.

Um estranho num local hostil – a perspectiva sócio-cultural

Talvez já tenha viajado até um local, vila, cidade ou

país menos familiar. Já alguma vez se sentiu ameaçado nessa situação? Talvez não tenha encontrado alguém que o pudesse ajudar. Talvez as características físicas como o vestuário, a cor da pele ou outras possam tê-lo distinguido e tornado diferente daqueles que o rodeavam, tendo eventualmente sentido que as pessoas o acharam um estranho.

Pergunte-se a si próprio...

- Como se sentiu?
- As pessoas olharam para si porque era diferente?
- Sentiu a hostilidade de algumas pessoas face à sua pessoa, talvez por alguma razão que não conhecesse ou compreendesse?
- Já alguma vez esteve num local onde pensasse que se as pessoas soubessem quem era, ou de onde vinha, poderia estar efectivamente em perigo?

Imagine estes vários cenários durante alguns momentos. Imagine que uma palavra ou a aparência, ou o facto de alguém reconhecer alguma coisa sobre si o poderia colocar em perigo. Está neste momento a entrar no mundo do estigma, do preconceito e da discriminação.

Quando o seu corpo é vulnerável – a perspectiva biológica ou física

Dediquemo-nos agora um pouco a uma reflexão sobre a vulnerabilidade biológica e/ou física. De que forma é que as seguintes palavras ou situações o fazem sentir? Já alguma vez as experimentou?

Pense sobre...

- Quando esteve a correr ou a fazer bastante exercício fica completamente ofegante e sente uma dor pontiaguda num dos seus membros;
- Quando esteve doente e com uma febre elevada ou quando sofreu de uma gripe tão violenta que mal conseguia levantar a cabeça da almofada;
- Quando é que já esteve numa situação de fome, sede ou desidratação extrema;
- Se já alguma vez teve uma incapacidade física de alguma ordem;
- Quando partiu um membro do corpo e possivelmente necessitou de algum tipo de apoio ou de ser engessado;
- Quando é que se deslocou a uma clínica a foi sujeito a um exame genital, tanto para um exame ginecológico como para um despiste a IST ou a uma hérnia;
- Quando fez um teste de despiste à infecção pelo

VIH e depois esperou pelos resultados;

- Se sentiu com medo de ser assaltado por alguém que era maior e mais forte e/ou estava bêbado ou fora de controlo;
- Se foi capturado ou ameaçado com uma arma.

Sentir-se emocionalmente vulnerável ou o “bode expiatório” num grupo – a perspectiva social ou psicológica

Relativamente à vulnerabilidade psicológica.

Pergunte-se a si próprio...

- Já alguma vez se sentiu ansioso, amedrontado, triste ou deprimido?
- Já alguma vez perdeu alguém que amava?
- Já alguma vez se sentiu confundido sobre quem é ou como comportar-se?
- Já alguma vez se sentiu perdido ou só?

Para compreender a vulnerabilidade social, podemos pensar sobre se alguma vez demos conta de nos sentirmos rejeitados ou não aceites num grupo de pessoas, ou se fomos um “bode expiatório”. Já alguma vez sentiu que algum jovem estava a ser gozado e posicionado como “bode expiatório”. A pessoa escolhida pode sentir-se realmente mal.

Imagine...

Pense na forma como as pessoas homossexuais são tratadas, especialmente entre jovens. Imagine que é heterossexual e que de repente todos à sua volta são homossexuais. Imagine que muitas das brincadeiras e insultos são direccionados a heterossexuais. Imagine que se torna um verdadeiro insulto chamar “heterossexual” a alguém.

A perspectiva ambiental

Já alguma vez esteve num local ou num ambiente que parecia perigoso?

Poderiam existir inúmeras razões associadas a este perigo. Pode ser um local onde o ar está muito poluído. Talvez já tenha estado num local onde existia um tipo de fumo que o fez sentir que estava a afectar os seus pulmões, fazendo-o sustar a respiração ou cobrir a sua boca com um pano através do qual respirava. Pode já ter tido dúvidas face à qualidade da água mas não tinha nada para beber, pode já ter estado num lugar gelado, frio e húmido sem possibilidade de se aquecer ou de se secar durante algum tempo.

Muitas pessoas vivem em sítios pouco saudáveis devido

a várias razões, incluindo razões de ordem económica. Esta situação pode apenas ser alterada através de uma forte defesa e consciência pública. Tentar sair de condições de vida perigosas pode colocar riscos de outra ordem se, por exemplo, as pessoas não tiverem recursos económicos para residir em ambientes mais seguros.

Pessoas *menos escrupulosas*, sabendo da vulnerabilidade de uma pessoa podem tentar aproveitar-se da situação oferecendo-lhes uma situação “melhor”. A altura em que a pessoa perceber que tal não aconteceu pode ser tarde demais. As condições de vida e as suas fragilidades, conduzem, também, a que seja a própria pessoa a procurar alternativas para a sua situação encontrando, por vezes, uma resposta mais imediata e, aparentemente, fácil em determinados estilos de vida. Por vezes, as pessoas vivem em bairros perigosos ou entre um grupo de pessoas envolvidas em estilos de vida perigosos. Alguns jovens podem crescer num ambiente rodeado de consumo de drogas, violência ou outros padrões de risco.

Grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos: perspectivas daqueles que os conhecem

Nesta secção do manual serão explorados vários grupos para melhor o ajudar a entender alguns dos assuntos com que se confrontam. Registando os exemplos e as sugestões de visualização acima sugeridos, torna-se claro que existe muito para aprender e para considerar quando se pretende atingir os grupos VMSE em qualquer população. É, pois, importante compreender quais são as barreiras e obstáculos que enfrentamos ao tentar ajudá-los, as melhores práticas que conhecemos para o fazer e as lições apreendidas quando se trabalha com estas populações.

No final, é tarefa do/a educador/a de pares apreender e reconhecer os padrões de discriminação e estigmatização na sua cultura de modo a tornar-se um/a educador/a bem sucedido/a e a lutar contra tais problemas. Exemplos de necessidades específicas são referidos nas secções seguintes.

Os grupos cobertos nesta secção são:

- Pessoas que vivem com VIH/SIDA
- Utilizadores de drogas injectáveis
- Crianças expostas a riscos especiais
- Trabalhadores/as de sexo
- Minorias sexuais
- Minorias étnicas e culturais
- Pessoas com desafios físicos e mentais

Um grupo de investigadores¹ sugere o seguinte relativamente a sub-grupos de jovens em situações de risco elevado:

“Jovens que sejam homossexuais, bissexuais, transsexuais, sem abrigo, foragidos, consumidores de drogas intra-venosas, encarcerados, em sistema de internato, mentalmente doentes e que tenham sido sexual ou fisicamente abusados estão mais expostos ao

risco da infecção pelo VIH dada a sua maior exposição nas suas redes sociais”.

Estes investigadores referem também com base em algumas fontes que encontraram que:

“ Em geral, jovens vulneráveis apresentam uma maior taxa de problemas sociais e de saúde que outros jovens”¹.

¹ Shriver, M.D, Everett, C., Morin, S.F. Structural interventions to encourage primary HIV prevention among people living with HIV, AIDS 2000, 14 (suppl I) S1 – S6.

Pessoas que vivem com VIH/SIDA

“Esta é a maior ameaça à humanidade que alguma vez existiu”.

Uma citação emocionada feita em 2003 por Bono, vocalista da banda U2, que contribuiu para uma consciência pública global sobre o VIH/SIDA.

Descrição do grupo

“Pessoas que vivem com o VIH/SIDA” (PLWHA) é um termo usado para descrever as pessoas que foram infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e/ou podem enquadrar-se no critério de diagnóstico do síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Uma vez chegado ao critério para o diagnóstico da SIDA, considera-se que vivemos com SIDA se a contagem das células T (uma medida relativa ao número de glóbulos brancos) ultrapassa o valor de referência.

A forma como continuamos a viver depois de descobirmos que estamos infectados pelo VIH depende também de factores sócio-culturais e psicológicos, bem como da nossa experiência de vida. Como iremos viver com a doença depende não apenas das nossas atitudes relativamente ao assunto mas também das reacções da nossa família, colegas, amigos e da sociedade em geral. Aquilo que magoa é o facto da qualidade da nossa vida social ser, muitas vezes, diminuída dadas as reacções negativas e o estigma que a sociedade coloca sobre nós.

Para alguns, é como se morrêssemos duas vezes. Uma é a morte física, a outra uma espécie de “morte social” que deriva da maneira como somos tratados pela sociedade que nos rodeia².

Barreiras e obstáculos a serem ultrapassados

Estigma

Se a sociedade nos estigmatiza e trata aqueles que vivem com VIH/SIDA como “não desejados”, “diferentes” ou “perigosos”, podemos experimentar a alienação e o isolamento. Esta situação não nos permite exercer os direitos básicos, como o direito ao trabalho, à educação, à amizade, à saúde e aos serviços sociais. Quando estas situações ocorrem, a nossa reacção pode ser de descuido, de evitar programas e serviços de saúde e de viver uma vida menos saudável e de forma menos responsável. Esta reacção resulta num aumento dos riscos individuais e sociais.

As pessoas estigmatizam e discriminam por duas razões: medo e ignorância. Ambas se alimentam e actuam em

ciclo.

O **estigma** associado ao VIH/SIDA tem sido amplamente documentado:

- a percepção generalizada de que é o PLWHA o responsável por ter a doença ou a infecção (culpabilização);
- a noção de ser uma doença terminal (fatal);
- o facto de ser contagiosa (pode alastrar-se); e,
- o facto dos seus sintomas poderem ser visíveis³.

A prevenção do estigma entre as pessoas que vivem com o VIH/SIDA necessita de ser feita através de um trabalho a realizar sobre as estruturas e as políticas. Um obstáculo à prevenção é assumir como acto de “crime” o facto de não se contar ao parceiro, em situações sexuais específicas, que se é portador da doença. Outros obstáculos incluem as leis que limitam a imigração e as viagens, a obrigatoriedade da notificação da doença ao parceiro e uma base de dados de portadores de VIH⁴⁻⁵.

“Eu sinto-me bem”

Um dos assuntos com que jovens portadores de VIH têm de lidar é com a disparidade entre sentirem-se bem e, no entanto, precisarem de medicação. Tal como refere Futterman, isto pode constituir um desafio, particularmente porque muitos adolescentes vêm as coisas de forma isolada. Nesta medida, importa que jovens portadores da doença compreendam a evolução e comportamento do vírus e a forma como a medicação pode ajudar a retardar a doença, mesmo em circunstâncias onde não existem sintomas visíveis.

Esconder a doença

Um dos obstáculos para ultrapassar, relativamente aos jovens que vivem com o VIH/SIDA, relaciona-se com problemas que ocorrem quando tentam manter o secretismo sobre a sua doença. Futterman nota que é positivo quando o jovem rapaz ou rapariga pode falar com um adulto, tal como o pai ou a mãe.

“Porém, temos numerosos adolescentes que não partilham a informação sobre a sua doença devido ao receio de perderem o amor dos seus pais, de serem expulsos de suas casas ou de serem fisicamente violentados.

O resultado da tentativa de esconder a infecção pode por vezes significar esconder a medicação, o que, por seu turno, pode afectar a certeza de esta estar a ser correctamente tomada e seguida.

2 Herek, G. Aids and stigma. Am Behav Sci 1999, 42: 1102 - 1112.

3 Shriver, M.D, Everett, C., Morin, S.F. Structural interventions to encourage primary HIV prevention among people living with HIV, AIDS 2000, 14 (suppl 1) S1 – S6.

4-5 Herek, G. Aids and stigma. Am Behav Sci 1999, 42: 1102 - 1112.

Assuntos psicológicos

Futterman sublinhou os aspectos psicológicos que relacionam a epidemia do VIH com os jovens. A autora refere a forma como muitos jovens portadores do VIH têm histórias de abuso sexual e/ou físico. Futterman nota também que estes jovens podem também ter um diagnóstico de doença mental, tais como a depressão ou a dependência abusiva de substâncias psicoactivas. Alguns destes problemas estão para além daquilo que um/a educador/a de pares pode lidar, embora deva saber que são importantes identificar e referenciar para um encaminhamento especializado.

As “co-morbididades” são problemas que ocorrem em conjunto. Segundo a autora, quando não identificamos e não respondemos a estas “co-morbididades” (co-morbilidade), isso pode impedir os jovens de aprenderem a lidar e colaborar com a doença, incluindo a toma correcta da medicação prescrita.

Boas práticas lições aprendidas

A ligação entre prevenção e apoio.

Em países onde não existe acesso à medicação para o

VIH/SIDA, será mais difícil convencer ou encorajar as pessoas a realizarem o teste de diagnóstico de forma bem sucedida. Assim, os/as educadores/as interessados/as numa prevenção com sucesso devem ver o seu trabalho no âmbito de uma perspectiva mais ampla – a da luta contra o VIH/SIDA e pelos direitos das pessoas que vivem com esta doença, devendo, também, lutar pela obtenção de apoio e medicação destinada às pessoas a quem é diagnosticada a doença.

Compreender a discriminação e oferecer cuidado e apoio

Uma das melhores maneiras de preparar o/as educadores/as de pares para trabalhar na área do VIH/SIDA é ajudar a compreender o significado e implicações do estigma, discriminação, cuidados e apoio. A seguir encontram-se alguns dos tópicos que deveriam ser incluídos nessa preparação. Educadores/as de pares podem, por seu lado, escolher trazer algumas das suas ideias para o grupo-alvo.

Assuntos	Áreas de Formação
Objectivos educacionais	<ul style="list-style-type: none">● Aceitar o VIH como uma doença como qualquer outra;● Explorar as razões pelas quais as pessoas agem de forma discriminatória;● Compreender os vários tipos de discriminação;● Enfrentar os nossos próprios medos, preconceitos e informação incorrecta sobre o VIH;● Respeitar os direitos das pessoas que vivem com o VIH/SIDA;● Compreender a forma como podemos ajudar a sociedade a alterar actos discriminatórios contra os portadores da doença;● Aprender formas de cuidado e apoio.
Porque é que discriminamos?	<ul style="list-style-type: none">● Porque não estamos devidamente informados sobre a doença e a forma como é (e não é) transmitida;● Porque temos medo;● Porque o VIH é considerado um tabú e continua a ser associado à homossexualidade, prostituição, uso de drogas e outros comportamentos das populações estigmatizadas;● Para sentir que nos estamos a proteger a nós e àqueles que amamos.
Formas de discriminação	<ul style="list-style-type: none">● Movimentos de proibição ou limitação do acesso de pessoas portadoras da doença a serviços de saúde, seguros, lojas, parques infantis, escolas, etc;

- Ameaças no local de trabalho, que, muitas vezes, resultam na perda de emprego;
- Fragilidade e cortes das formas de relação com membros da família e outros;
- Violação constante dos direitos humanos e dos princípios éticos (protegidos por uma declaração).

Os direitos das pessoas portadoras de VIH

Os direitos das pessoas portadoras de VIH e das pessoas que vivem com SIDA são protegidos pela declaração dos direitos humanos. Estes são:

- Tolerância;
- Não discriminação;
- Direito a cuidados e à solidariedade;
- Direito à liberdade de movimento, deveria incluir também o direito a viajar por motivos de residência, de trabalho ou turísticos;
- Direito à educação;
- Direito à protecção da saúde;
- Direito ao trabalho;
- Direito à protecção da privacidade.

Com esta declaração, as responsabilidades das pessoas portadoras de VIH são também regulamentadas, tal como:

- A serem informadas;
- A serem cooperantes;
- A serem tolerantes;
- A cooperarem com instituições e pessoal de saúde;
- A cuidar dos outros.

VIH/SIDA e direitos humanos no local de trabalho

Todos os países e todas as organizações devem preparar um estatuto ou um conjunto de regras específicas para protegerem os trabalhadores que vivem com VIH/SIDA de modo a seguir o estabelecido pela Convenção Internacional dos Direitos Humanos.

É necessário que estas regras sejam consistentes com os seguintes direitos:

- Pessoas com VIH/SIDA devem ser tratadas da mesma forma que aquelas que sofrem, por exemplo, de uma doença oncológica ou de outra doença crónica.
- Os empregadores devem capacitar os seus empregados para o facto das pessoas que vivem

com VIH/SIDA não colocarem em perigo os seus colegas.

- As organizações e os sindicatos devem informar/formar os trabalhadores sobre a temática do VIH/SIDA de forma a prevenir e a evitar eventuais medos.
- O teste do VIH/SIDA não deve nunca ser imposto pela entidade trabalhadora.
- Uma pessoa seropositiva não é obrigada a reportar a sua condição à instituição na qual trabalha. Se essa pessoa infectar intencionalmente, deve ser sinalizada de acordo com o quadro legal vigente.
- As pessoas portadoras de VIH não devem ser culpabilizadas ou discriminadas pela sua situação

e as pessoas que o fazem devem ser sinalizadas de acordo com o quadro legal vigente.

- As pessoas portadoras de VIH não podem ser excluídas e substituídas nos seus postos de trabalho devido à sua doença.
- As pessoas portadoras de VIH têm o direito de receber tratamento ou aconselhamento médico com justificação no emprego.
- As pessoas portadoras de VIH deveriam ter acesso à possibilidade de trabalhar em regime de *part-time* quando necessário de modo a poderem deixar o trabalho quando necessitam de ser hospitalizadas e voltar quando se encontram em condições para o fazer.
- Este estatuto deve estar sob a supervisão da empresa, sindicatos e várias organizações.

Frequentemente, e em países onde as leis supostamente protegem as pessoas com VIH/SIDA, é difícil segui-las ou provar que estão a ser violadas. É raro que alguém seja “oficialmente” despedido de um emprego por ser portador de VIH/SIDA⁶.

Podem os jovens ajudar?

Em algumas culturas, as pessoas que vivem com VIH/SIDA, incluindo as pessoas jovens, estão entre as lideranças mais activas, mais conhecidas e mais bem sucedidas para lutar a favor e pelos direitos das nossas comunidades. A sua participação na definição e implementação de programas destinados a esta população vulnerável é essencial.

“Enquanto o estigma, ou a própria ameaça de estigma, desempenha um papel fundamental na determinação da aceitação das intervenções de pessoas infectadas com o VIH, assim como o sucesso ou fracasso de quase todas as intervenções, o combate ao estigma é um assunto onde as pessoas com VIH/SIDA desempenharam desde sempre um papel particularmente activo e positivo”⁷.

Neste âmbito, um dos recursos mais valiosos é a Rede Global de Pessoas que Vivem com VIH/SIDA (GNP+). Esta é uma rede global para e de pessoas que vivem com VIH/SIDA. O Secretariado-geral está sediado em Amesterdão, na Holanda.

“O objectivo geral do GNP+ é o de trabalhar para melhorar a qualidade de vidas das pessoas portadoras de VIH/SIDA, através de um apoio a nível nacional, regional

e global, para a capacitação das pessoas portadoras da doença”⁸.

Quem de entre nós é VIH+ tem um papel crucial na prevenção

Em algumas comunidades, falamos cada vez mais sobre as nossas experiências de vida no âmbito dos programas para a prevenção do VIH/SIDA. Isto acontece porque nos colocamos directamente em contacto com as pessoas, o que torna a informação mais real e credível. De acordo com muitos jovens, este é o tipo de educação/prevenção mais eficaz.

Um sumário

Um relatório das Nações Unidas⁹ sublinha os 10 passos que os países, especialmente os governos, deveriam dar enquanto parte integrante dos seus esforço na prevenção:

1. Acabar com o silêncio, o estigma e a vergonha
2. Disponibilizar informação e conhecimento aos/às jovens
3. Dotar os/as jovens de competências de vida e educação sexual
4. Disponibilizar serviços destinados a jovens
5. Promover testes e aconselhamento voluntário e confidencial sobre VIH
6. Trabalhar com os/as jovens e promover a sua participação
7. Envolver os/as jovens que vivem com VIH/SIDA
8. Criar ambientes de apoio seguros
9. Chegar e trabalhar com jovens em risco
10. Reforçar parcerias e monitorizar os progressos

Rede social de apoio

Existe um grande volume de informação sobre experiências de pessoas que vivem com VIH/SIDA. Neste momento, procuramos formas de nos socorrermos de um volume massivo de informação e de uma alargada rede social de apoio para enfrentar o futuro. Há países onde já existem fortes redes de apoio e outros que planeiam estabelecê-las e implementá-las. Muitas destas organizações e muitas comunidades de indivíduos portadores da doença publicam informação na Internet. Se procurar informação *on line*, encontrará múltiplos exemplos do que podemos fazer para lutar contra esta condição e sobreviver. Alguns dos países mais desenvolvidos tiveram uma experiência intensiva nos primeiros anos da epidemia (uma epidemia global) e conquistaram muito conhecimento sobre as

6 Levy, P. Personal communication, Nov, 2003.

7 Ibidem.

8 www.gnpplus.net/Website Nov 1 2003 .

9 United Nations Development Programme: State of the World 's Population Report, Oct. 2003.

formas de prevenção, cuidados e apoios, assim como lutar contra a doença.

Podemos ter uma ideia do apoio necessário, através da leitura do que foi escrito por pessoas que compreendem como é enfrentar um teste de VIH positivo. O anexo 6, contém um exemplo das palavras escritas em apoio às pessoas que, nos Estados Unidos, estão a enfrentar esta situação. Foi escrito para uma organização denominada "O Corpo Positivo". Aquilo que é escrito poderá ter valor para muitas pessoas que têm um diagnóstico positivo

e que vivem noutras partes do mundo, podendo servir como um modelo a ser adaptado.

É necessário compreender que as pessoas que vivem com VIH/SIDA deveriam poder ter uma vida normal e completa: trabalhar, aprender, socializar e aproveitar os melhores aspectos da vida. Alguns de nós estão também infectados, embora não doentes, não devendo ser automaticamente tratados como tal. Actuando responsabilmente, vamos proteger-nos a nós mesmos assim como àqueles que nos rodeiam.

Utilizadores de Drogas Injectáveis (UDI)

Esta secção pretende oferecer informação precisa e objectiva para a redução dos riscos e danos potenciais associados ao uso de drogas injectáveis. O objectivo é o de apoiar educadores/as de pares nas suas funções de promover a saúde. Reconhecemos que existem comunidades de pessoas que estão envolvidas com drogas injectáveis e que apoiam programas de redução de danos visando ajudar os e as jovens num cenário temporal definido e diminuir a sua exposição ao risco. A informação nesta secção e no Anexo 8 não foi escrita nem disponibilizada de nenhuma forma para encorajar ou sugerir o uso ou o uso continuado de drogas injectáveis.

Descrição do grupo

As citações seguintes reflectem histórias verídicas da vida de pessoas que trabalharam em educação inter-pares.

“Eu lembro-me... Tinha-me acontecido alguma coisa horrível. O meu coração estava despedaçado. Então, o meu primo mais novo (na altura eu ainda pensava que podia confiar nele) chegou e pôs o seu braço à volta dos meus ombros e disse: não te preocupes, eu tenho uma coisa que te vai tirar a dor. Essa foi a primeira vez que me injectei. Eu era 12 anos mais velho. Nunca pensei que pudesse vir a ser alguém que viesse a ser agarrado.

“Eu trabalhei numa clínica de toxicodependência durante alguns anos. Pensei sempre que era suposto ver as pessoas que costumava ver nos filmes, sabe, os estereótipos. Comecei a conhecê-las ao longo do tempo. Muitas delas eram boas pessoas que tinham tido azar ou feito escolhas que desejariam nunca ter feito. Muitas das pessoas não correspondiam aos estereótipos. Estas eram aquelas que se preocupavam com as outras, que se esforçavam bastante para fazer o que tinham a fazer de modo a sobreviverem. O poder da dependência química era forte e tentavam ajudar-nos a compreender a epidemia da SIDA. Metade delas já se encontrava infectada”.

“As pessoas que injectam drogas provêm de todos os grupos sociais, alguns com poder económico. Alguns de nós iniciam cedo a sua experiência. É raro ouvir dizer que estamos curados, desde que nos tornámos adictos. A realidade é que uma vez viciados, sabemos que essa dependência está sempre presente no nosso passado. Por isso, dizemos que estamos a recuperar.

As pessoas não compreendem que a dependência é uma doença, como muitas outras”.

Para muitos jovens, a adolescência é normalmente o período da primeira experimentação de drogas e também a altura do início da dependência.

Na última década, alguns países enfrentaram problemas com drogas e com dependência. Hoje, assiste-se a uma taxa de crescimento rápido dos problemas associados ao consumo de substâncias psicoactivas e às suas dependências.

A idade do início de uso parece estar a descer em algumas países, atingindo as escolas de ensino básico. Existe igualmente um problema de violência associada ao abuso do consumo de drogas. Simultaneamente, existem poucas instituições a lidar com este problema que atinge fortemente as famílias. Muitas das famílias não possuem competências/força para lidar com estes problemas, em parte também porque a própria família fica isolada e receosa de ser “rotulada”.

Em alguns países é fácil obter drogas e consumi-las em espaços públicos, como cafés e outros locais. Muitas vezes, as famílias só reconhecem o problema depois dos sinais se tornarem muito evidentes.

Muitas das substâncias psicoactivas podem diminuir a capacidade de pensar de forma crítica, o que pode levar a comportamentos de risco, incluindo sexuais. Neste âmbito, é óbvio que existe uma necessidade crucial de actuar para diminuir os riscos das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA.

Barreiras e obstáculos a serem ultrapassados

Outros assuntos devem ser considerados quando se reflecte sobre jovens e o uso das drogas injectáveis.

Os riscos de injectar drogas

É óbvio que o uso de drogas injectáveis fora de um cenário com supervisão médica comporta diversos níveis de risco. Passamos a listar e a descrever alguns destes riscos:

- **Incapacidade de avaliação** – o uso de drogas injectáveis altera o funcionamento físico, psicológico e biológico de diversas maneiras, dependendo do tipo de substância utilizada, da quantidade tomada ou das características físicas, psicológicas e biológicas individuais. O resultado mais provável é a diminuição da sua capacidade para avaliar as situações, facto que pode colocar as pessoas em perigo acrescido.
- **Vulnerabilidade aos riscos sexuais** – o uso de substâncias psicoactivas pode levar a um aumento dos riscos de ordem sexual por variadas razões. Pode causar “desinibição”, o que significa que as inibições normais tidas por uma pessoa diminuem, podendo a pessoa ter comportamentos de risco não calculados. Esta desinibição pode incluir uma não tomada de atenção aos riscos de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH. Se o parceiro de alguém também se injecta, então, estatisticamente falando, em muitas populações existe uma maior probabilidade que ele ou ela se exponha à infecção do VIH por via da partilha de seringas.
- **Vício ou dependência química** - um dos maiores problemas com o uso de drogas é o de que, muito provavelmente, ele irá resultar num vício e numa dependência física, psicológica, ou ambas. Embora a maioria das pessoas, provavelmente, diga que começaram a usar drogas sem esperar ou querer ficar dependentes delas, uma vez que a dependência se instala, assemelha-se a uma doença e torna-se muito difícil de ultrapassar.
- **Impacto no estado emocional e no funcionamento psicológico** – o uso de drogas injectáveis pode ter um profundo impacto em estados emocionais, por exemplo, a euforia, hiper-estimulação, sedação, redução ou aumento de ansiedade e depressão.

Dificuldades dentro do sistema de prestação de cuidados de saúde

As pessoas consumidoras de drogas injectáveis podem ter alguma dificuldade em se relacionar com serviços e profissionais de saúde e apoio. São frequentes os sentimentos de desconfiança, estigma ou medo de denúncia que podem resultar num afastamento dos próprios serviços e cuidados clínicos.

Algumas destas preocupações podem resultar de uma

experiência efectiva de discriminação e estigmatização. Daí que seja importante investir na formação e informação de profissionais que interagem com UDI no que respeita ao conhecimento sobre substâncias psicoactivas, dependência química e tratamento.

Conhecer e compreender a cultura da droga

Educadores/as de pares precisam de conhecer e entender as questões associadas às toxicodependências nas populações com que trabalham, para serem capazes de demonstrar empatia e conhecimento dos assuntos com que as pessoas consumidoras de drogas se confrontam: drogas/substâncias que estão a ser usadas, os seus efeitos, os padrões de uso, os sintomas típicos de ressaca, entre outros. Para diferentes tipos de droga/substâncias existem padrões específicos de uso e riscos associados. O potencial de dependência de drogas como a heroína e cocaína é muito elevado.

Como modo de conseguir dinheiro para a aquisição de substâncias, há pessoas utilizadoras de drogas como heroína, cocaína e outras, que com frequência recorrem a actividades prostitutivas aumentando assim os riscos e as necessidades de prevenção face a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA.

Educadores/as de pares devem ter conhecimento sobre a parafrenália usada pelo consumidor; os agentes de esterilização como lixívia e locais de troca de seringas ou de injeção assistida. Algumas pessoas pensam que com a injeção subcutânea (não directamente na veia) não ficam expostas ao risco VIH/SIDA. É necessário que saibam que isto não é verdade e que continuam em risco.

Assuntos sociais

Existe uma variedade de assuntos sociais que fazem parte da vida dos utilizadores de drogas injectáveis:

- **Medo de sentenças criminais e respectivas consequências prisionais** – utilizadores de drogas injectáveis estão frequentemente envolvidos em actividades ilícitas pelas quais podem ser presos. Por isso, podem vivenciar algum stress por terem de se esconder com frequência e de se preocupar com o possível aparecimento da polícia. Para aqueles que são pais ou têm outros dependentes, isto pode ser particularmente stressante. Em alguns casos, o

facto de se ser preso pode acarretar a ameaça de perda da custódia de crianças.

- **Cultura da violência e ameaças** – o mundo das drogas injectáveis encontra-se habitualmente cercado de violência. Isto pode ser provocado pela economia da droga e pelo desespero de algumas pessoas na obtenção desta.
- **Elevados níveis de infecção entre os pares podem, por vezes, aumentar o risco** – utilizadores de drogas injectáveis tornaram-se mais expostos ao risco da infecção de algumas doenças, incluindo o VIH/SIDA e vários tipos de hepatite.

O que é importante para os/as educadores/as de pares?

Com o objectivo de melhor compreender o mundo das drogas injectáveis, é importante que os/as educadores/as compreendam desde logo a sua própria relação com

o uso de substâncias de vários tipos. Normalmente, temos a tendência de nos “medicarmos” de forma a nos sentirmos melhor. Alguns fazem-no ingerindo substâncias ricas em açúcares (chocolates, bolos, doçaria), cafeína, bebidas alcoólicas, bebidas quentes/frias ou outras substâncias legais. Não desejando equacionar estes exemplos à luz das drogas injectáveis, importa porém compreender como é que as pessoas acabam por se tornar dependentes e a encontrar formas de ajudar a quebrar essa dependência.

Importa referir que não existe nada tão eficaz para a formação dos educadores sobre o uso de substâncias como conhecer e aprender directamente com a recuperação de utilizadores de drogas ou, pelo menos, ver documentários filmados sobre o assunto.

Crianças particularmente em risco: crianças da rua, crianças órfãs e crianças sem acompanhamento parental

Descrição do grupo

Existem muitas causas ou razões pelas quais alguns de nós acabam por viver nas ruas, por exemplo, alguns de nós são órfãos que perderam o pai ou a mãe, ou ambos, ou simplesmente não temos ninguém que tome conta de nós; alguns de nós sofrem de abandono por uma série de razões, outros tiveram de fugir para procurar segurança dado ser perigoso estar em casa. Quando um pai ou uma mãe é alcoólico/a ou toxicod dependente e se tornam violentos, pode ser ameaçador ficar em casa; alguns de nós descobriram que eram homossexuais e decidiram que seria melhor desaparecer. Alguns de nós têm pais que trabalham todo o dia e não conseguem tomar conta de nós. Alguns de nós estavam em famílias que tiveram de abandonar rapidamente a casa sem que nunca mais pudessem voltar, por exemplo, por situação de guerra ou conflitos armados.

Os exemplos abaixo referidos tipificam algumas situações que passam pela cabeça de jovens de grupos vulneráveis. Embora as três histórias descrevam cenários imaginados, elas representam a realidade de muitos milhares de crianças, crianças essas que acabam a viver sob grande risco, situações de abandono por via de uma ausência de acompanhamento ou apoio familiar.

“Quando o meu pai morreu e a minha mãe teve de começar a trabalhar para nos educar, deixou de ter tempo para nos dar atenção. Começou a sair todas as noites para ganhar dinheiro. Sei que às vezes lhe batem no trabalho e que ela chora bastante. Tive de começar a tomar conta dos meus irmãos mais pequenos, foi desde aí que tudo se começou a complicar na escola”.

“Quando eu tentei explicar ao meu pai que gostava de outros rapazes, ele ficou louco. Sabia que não valeria a pena tentar ficar em casa depois dessa conversa dado que ele não estava preparado para assumir um filho homossexual. Mas uma vez que não consigo arranjar um bom emprego, saio algumas noites para tentar arranjar dinheiro de qualquer forma. Não vos vou dizer os esforços que às vezes tenho de fazer para ter um lugar abrigado para dormir e dinheiro suficiente para comer, mas alguns dos outros miúdos da rua são espertos e mostraram-me o que fazer”.

“Então este tipo disse-me que gostava de mim e que casaria comigo logo que mudássemos para um lugar melhor, noutro país, para ter uma vida melhor. Até os meus pais acreditaram nele. Agora, a única coisa que lhe interessa é que eu faça o dinheiro suficiente todas as noites, sob pena de me bater violentamente. Sinto-me muito envergonhada comigo mesma. Se tentasse regressar a casa acho que ele me matava e se fugisse, de qualquer forma não poderia enfrentar de novo os meus pais e os meus amigos. Estou encurralada aqui”.

Obstáculos e barreiras a serem ultrapassados: perspectivas de crianças em risco

Alguns dos aspectos que envolvem as crianças, particularmente, em risco incluem:

- Estar em desvantagem – falta do poder ou da influência que os adultos normalmente usam.
- Estar institucionalizado e, logo, não ter acesso a muitos dos direitos e privilégios que os jovens podem ter num ambiente familiar.
- Ter falta de modelos fortes e consistentes, o que pode fragilizar e tornar mais vulnerável com adultos ou jovens mais velhos e experientes.
- Poder ser influenciados por “maus” modelos, pelo facto de haver pouca orientação e selecção face a com quem aprender e em quem confiar.
- Falta de informação, o que pode penalizar a nossa experiência escolar e de ensino/aprendizagem.
- Desenvolver comportamentos de sobrevivência.
- Desenvolvermos um tipo de escudo protector para lidar com os desafios do dia-a-dia relativamente àquilo que podem ser circunstâncias anormalmente trágicas ou cruéis.
- Sofrer de síndrome do stress pós-traumático ou de stress crónico.
- Podemos estar sujeitos a níveis altos de violência.
- Podemos estar em vulnerabilidade física, com doenças ou incapacidades.

As situações de vida destes jovens colocam-nos em risco acrescido devido a dificuldades nos seus universos biológico, ambiental, psicológico e social.

Considerações psicológicas

Depressão e ansiedade

Alguns de nós que vivem estas situações sofrem de depressão e de ansiedade, podendo experimentar o pessimismo e angústia. Estes estados podem ser reacções a situações difíceis que ocorrem nas nossas vidas e que afectam a forma como nos sentimos face ao futuro, bem como o nosso interesse ou motivação para tomarmos conta de nós próprios. Em casos mais graves, estes estados podem conduzir a um comportamento auto-destrutivo, a um auto-abandono ou à agressão. Alguns de nós envolvem-se em lutas e em confusão, o que pode ser uma forma de chamar à atenção das pessoas que nos rodeiam e que potencialmente nos poderão ajudar.

Trauma

Nos ambientes de jovens como nós podem existir muitos traumas (perturbações emocionais profundas) de variados tipos. Alguns de nós sofrem de grandes perdas, tais como a perda e luto de uma mãe ou de um pai, ou de ambos, bem como de irmãos. Alguns vivem lado a lado com o abuso físico e/ou sexual em casa, o que representa um trauma contínuo e prolongado no tempo. Nos casos mais extremos, podemos sofrer de um tipo de “síndrome” psicológico (conjunto de sinais e de sintomas que tendem a acontecer ao mesmo tempo). Se o impacto for muito grande, então teremos um problema na forma como funcionamos ou uma “desordem”. Um exemplo é aquilo a que se chama “perturbação de stress pós-traumático”, que significa que temos problemas resultantes de um acontecimento muito difícil, muito perturbador ou traumático. Podemos ter pesadelos constantes sobre esse acontecimento ou podemos estar sempre a “vivê-lo” através de recordações que nos levam a revivê-lo. Além disso, alguns de nós podem viver com uma imensa ansiedade, experimentar uma reacção mais violenta do que o normal e podemos recear a morte.

Um impacto duradouro e comum do trauma deixa-nos um pouco adormecidos, sem reacção ou emoção. Podemos não reagir da mesma forma que as outras pessoas, uma vez que passámos a estar habituados a dar atenção a situações marcantes e a “coisas” que nos afectam de forma imediata. Neste contexto, um/a educador/a de pares pode ter de se esforçar mais para obter a nossa atenção ou reacção a situações como os riscos do VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis, ou drogas. Um exemplo de um trauma extremo para jovens é quando temos de sair das nossas casas e, com isso, deixar para trás alguns dos nossos direitos e pertenças.

Considerações do meio envolvente

Jovens em risco especial podem ter de lidar com condições de vida rudes e difíceis. Os lugares onde vivemos podem ser muito desconfortáveis, frios, poluídos, barulhentos e perigosos. Pode ser, por exemplo, impossível fazer os trabalhos escolares ou ir para a escola porque, regularmente, temos de tomar conta dos nossos irmãos mais novos.

Factores sócio-culturais

Podemos sentir a solidão, ter menos hipóteses de brincar com amigos e de passar menos tempo com as nossas famílias. Existem menos adultos à nossa volta que cuidem de nós ou que tenham tempo para nós, que nos abracem e nos ajudem a ultrapassar os nossos problemas. Alguns adultos que nos rodeiam podem querer tirar partido de nós e existem poucas ligações com um mundo espiritual e social de apoio.

Factores biológicos

Como somos jovens, podemos estar a reagir às alterações que estão a acontecer no nosso corpo. Tal como os jovens desta idade, temos alterações hormonais e de humor que provocam fortes sensações sexuais em alguns de nós, e muitas vezes, não temos ninguém que nos diga como lidar com estes sentimentos. Alguns de nós alimentam-se mal porque não temos ninguém por perto que nos diga o que comer. Alguns de nós contraem o VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis. Alguns de nós têm relações sexuais não consentidas ou desejadas.

Uma vez que muitos de nós não conseguem ir à escola ou concentrar-se nos estudos, não aprendemos sobre o corpo humano como os outros alunos e alunas. Além disso, muitos de nós não têm hábitos de leitura o que significa que a informação escrita não nos ajuda muito.

Boas práticas e lições aprendidas

O que se segue são alguns exemplos de aspectos que têm a ver com órfãos e as boas práticas descritas e publicadas no site da Family Health International (www.fhi.org). Muitas destas ideias podem ser generalizadas e aplicadas na resposta a assuntos relacionados com crianças e jovens em risco, embora muito do que foi escrito se dirija a crianças e jovens afectadas pelo VIH/SIDA.

As referências comuns dos cuidados de apoio a órfãos e a outras crianças e jovens vulneráveis derivaram da aprendizagem em vários países e das experiências de

desenvolvimento, sobrevivência infantil, filhos da guerra e de programas relacionados com o VIH/SIDA.

Estas referências sublinham que as intervenções para disponibilizar cuidados e apoio a órfãos, a crianças e jovens vulneráveis deveriam:

- **Enfatizar os cuidados comunitários em vez dos cuidados institucionais:** os recursos dispendidos para financiar os cuidados institucionais de uma só criança podem apoiar muitas mais crianças se forem eficientemente usados para apoiar uma iniciativa gerada na comunidade. A institucionalização de crianças e jovens separa-os das suas famílias e comunidades e, frequentemente, atrasa um desenvolvimento infanto-juvenil saudável.
 - **Reforçar os cuidados e colaborar com as capacidades de famílias e comunidades:** reforçar a capacidade das comunidades para preencher o vazio crescente da rede de segurança e de apoio, tradicionalmente, disponibilizada pela família alargada pode se a forma mais eficiente e mais sustentável para o apoio a órfãos e a outras crianças e jovens vulneráveis. As famílias e as comunidades desempenham também um papel crucial na identificação de crianças e jovens que se encontram mais necessitadas de apoio, tanto as que estão infectadas com o VIH/SIDA como aquelas que sofrem de outras vulnerabilidades.
 - **Envolver crianças e jovens:** crianças e jovens não são um simples grupo-alvo a ser apoiado, passivo e sem poder, mas sim um grupo de actores capazes e com recursos importantes para se envolverem numa resposta comunitária ao VIH/SIDA. Envolver **activamente** crianças e jovens em iniciativas de apoio pode contribuir para uma **auto-estima positiva** de eficácia e **cultivar competências sócio-comportamentais e afectivas que podem utilizar no futuro.**
- **Construir uma colaboração alargada entre os vários intervenientes em todos os sectores:** para ir de encontro às necessidades de crianças (em risco especial), têm de existir redes alargadas e um esforço dirigido ao envolvimento de governos, da sociedade civil e das organizações não governamentais em iniciativas partilhadas de acção comunitária.
 - **Aplicação de uma perspectiva de longo prazo:** a definição de um programa requer uma abordagem sustentável e replicável. Embora o apoio material seja importante, é necessário assegurar que os projectos da comunidade não são orientados e motivados apenas pelo apoio material, mas pelo sentido de pertença e responsabilidade relativamente aos mesmos.
 - **Integração com outros serviços:** uma vez que os problemas experimentados por crianças órfãs e/ou vulneráveis começam bastante antes da morte dos seus pais, os cuidados com as crianças afectadas com o VIH/SIDA deveriam começar o mais cedo possível. Os serviços destinados a estas crianças deveriam ser integrados nos cuidados comuns, tais como o aconselhamento e teste de diagnóstico voluntário ao VIH, a prevenção da transmissão vertical, entre outros.
 - **Ligar cuidados e prevenção:** crianças órfãs e/ou vulneráveis estão muito expostas ao risco da infecção do VIH devido à pobreza e à perda de cuidados e de protecção parental. Por esta razão, os programas de cuidados devem incluir uma forte componente de prevenção dirigida a crianças e jovens¹⁰.

10 <http://www.FHI.org/en/HIVAIDS/Publications/FactSheets/ororphans.htm> © Family Health International (FHI).

O que é que faz a "Outside in"?

É uma agência de serviço social dedicada ao serviço dos jovens e adultos sem abrigo e com baixo rendimento. Esta agência iniciou a sua actividade em 1968 e tem desde então continuado a rever os serviços que presta de modo a ir de encontro à evolução das necessidades daqueles que serve. Os programas que existem incluem uma clínica de saúde comunitária, um programa dedicado a ajudar jovens sem abrigo a conquistar uma vida autónoma e educação de risco.

Por que é que há jovens sem abrigo?

Existe um número estimado de 2000 jovens sem abrigo em Portland, Oregon, EUA e existem muitos mitos relacionados com o seu estatuto de sem abrigo. Os jovens acabam por ficar na rua por múltiplas razões, embora a maioria fuja de lares violentos e abusivos.

- 90% dos jovens relatam a existência de alguma forma de violência nos seus lares;
- 36% das raparigas relatam uma história de abuso sexual durante a infância, com a primeira ocorrência a acontecer aos sete anos de idade. Estas jovens fogem para a rua na esperança de uma maior segurança;
- Alguns jovens encontram-se abandonados pelos seus pais. Uma criança foi deixada sozinha com um negociante de droga durante um período de tempo indefinido. Outro voltou para casa tendo deparado com a saída dos pais sem terem deixado qualquer contacto ou informação;

- Outros jovens voltaram-se para a rua devido à pobreza, desemprego, dependência de álcool/droga e/ou condições de saúde mental dentro das suas famílias. Estes jovens não sentem esperança num futuro positivo no seu presente meio ambiente;
- 30% dos jovens sem abrigo integram minorias sexuais. Estes jovens e as suas famílias não conseguem, por exemplo, lidar com as várias complexidades de uma identidade sexual/de género em desenvolvimento que ocorra fora da norma estabelecida. Muito frequentemente os jovens acreditam que a sua vida melhorará quando forem para a rua.

Como é que respondemos à necessidade?

"Outside in" tem tido um sucesso arrebatador, ajudando jovens sem abrigo de Portland a fazer a transição das ruas para vidas estáveis.

- 80% dos jovens do programa de alojamento de transição não voltam à rua;
- "Outside in" tem sido aplaudido pela inovação que imprime aos seus serviços dirigidos a jovens sem abrigo, tendo recebido o primeiro prémio, alguma vez atribuído a um programa da *Oregon Shelter Network* (Rede de Abrigo de Oregon);
- "Outside in" recebeu o prémio "Cares" do *American Health Care Systems*, que reconhece o trabalho das agências que se distinguem pela inovação e qualidade dos serviços que prestam.

Trabalhadores/as do Sexo, Prostituição e Tráfico Sexual

Descrição do grupo

Existem muitas razões pelas quais milhões de jovens vendem, anualmente, o seu corpo, sendo a sobrevivência a principal motivação para o fazerem. As pessoas envolvidas em actividades prostitutivas e as pessoas que as exploram estão, normalmente, escondidas. Contudo, existe um grande conhecimento sobre o tipo de vida e os riscos que lhe estão associados, tal como a violência (física e/ou psíquica), a discriminação, a perda dos direitos humanos fundamentais e a elevada exposição a IST, nomeadamente ao VIH/SIDA. Os clientes procuram habitualmente jovens, uma vez que acreditam que estes estão ainda livres da infecção do VIH. Adolescentes que são sexualmente explorados/as, com frequência, não possuem poder para exigir relações sexuais seguras utilizando, por exemplo, um preservativo ou pedindo a alguém que o use. As raparigas encontram-se mais expostas ao risco do que os rapazes. Em geral, estes jovens raramente recorrem aos serviços de saúde e têm um acesso limitado à informação. É conhecida também a existência de “preços” diferentes para relações sexuais com e sem preservativo.

Estes assuntos demonstram a necessidade de melhorar os esforços para proteger crianças e jovens da exploração sexual.

O que segue é um excerto de um artigo que descreve a situação no Nepal, mas que pode ser aplicável em todo o mundo:

“...a maior parte das mulheres e dos homens de diferentes partes do país envolvidos no trabalho do sexo fazem-no essencialmente para resolver problemas alimentares. Devido à falta de instrumentos legais, regras e regulamentações específicas e claras, os trabalhadores do sexo estão a sofrer muitos problemas com clientes, proxenetas, família, sociedade e com a administração, principalmente com a polícia. Na nossa sociedade e cultura, o trabalho do sexo não é aceite nem reconhecido como profissão. Os trabalhadores do sexo são considerados como socialmente ofensivos. Há entre os trabalhadores/as do sexo quem sente e pensa que o trabalho do sexo é imoral. Do mesmo modo, não estão conscientes dos seus direitos (legais, constitucionais e humanos) e da sua situação¹¹”.

Outro exemplo é o perfil dos trabalhadores do sexo Roma, na Europa:

Quem são os/as trabalhadores/as do sexo Roma e como é que operam?¹²

- A maioria tem menos de 25 anos;
- “Trabalham” normalmente muito longe do sítio onde vivem;
- A maioria é imigrante;
- Têm um grupo de clientes muito rotativo;
- 30% Consome drogas injectáveis;
- A maioria tem como proxeneta ou “gestor” o namorado ou o marido.

Barreiras e obstáculos a serem ultrapassados: perspectivas dos trabalhadores do sexo ou pessoas em situação de prostituição

Estereótipos

Somos fortemente estereotipados em muitas culturas. Temos frequentemente de suportar uma discriminação significativa em virtude do nosso estilo de vida e somos, muitas vezes, tratados como cidadãos e cidadãs de segunda categoria. Em muitas culturas é comum utilizar-se a palavra “prostituta(o)” num contexto depreciativo, como um tipo de acusação. Somos frequentemente tratados como pessoas “sujas” uma vez que o sexo é, muitas vezes, tratado como um assunto “sujo”. O impacto deste tipo de atitude sobre nós pode ser psicologicamente devastador.

Assuntos relacionados com a auto-estima

A nossa auto-estima é frequentemente desafiada dada a forma negativa como somos encarados em muitas culturas e até pelos nossos clientes e proxenetas.

Alguns de nós faz isto porque não existe outra opção – precisamos de dinheiro para sobreviver. Alguns fazem-no por outras razões. Alguns por se envolverem com drogas e terem de “vender serviços sexuais” para garantir dinheiro de modo a não entrar na rressaca.

Alguns de nós ganham bastante dinheiro e, por vezes, até gostam do que fazem, apesar das pessoas loucas que apanhamos na rua. As pessoas normalmente nem se preocupam em saber quem somos ou porque estamos

11 Metodologia para um modelo de alteração de comportamento compreensível.

12 Nikolov, N Working with Migrant and Roma Sex Workers – Plenary Presentation from Report Seminar “Sex, Drug Use, Mobility and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe” June 5-8, 2003 Prague, Czech Republic.

aqui. Algumas só nos desprezam... Porém, vêm a correr para nós quando têm problemas em casa ou quando necessitam dos nossos serviços.

Abuso físico e violência

Somos vulneráveis de várias formas, uma das quais é a de abuso físico por parte de clientes e proxenetas. O nosso dia-a-dia de trabalho está rodeado de crime e de violência.

A indústria do tráfico

Podem existir efeitos horríveis nas vidas daqueles que acabaram neste negócio através da indústria do tráfico sexual. Existem milhares de pessoas como nós em todo o mundo. Por vezes, prometiam-nos o casamento logo que mudássemos para um novo lugar. No início, tudo parecia que íamos para um lugar novo por uma razão legítima, tal como o amor, um novo emprego ou uma vida melhor. Se já estivéssemos numa situação má, parecia que iríamos sair dela. Uma vez suficientemente afastados das nossas famílias, acordávamos para a rudeza da vida. Para muitos de nós, foi preciso algum tempo para perceber que tínhamos sido completamente enganados. O tráfico é um grande negócio. Começam a aparecer programas para nos ajudar e tentar salvar.

O uso de substâncias e a dependência química

As pessoas envolvidas na prostituição têm com alguma frequência problemas relacionados com o consumo excessivo de drogas, o que nos torna mais vulneráveis. Podemos ter de trabalhar em situações muito difíceis para obter dinheiro suficiente para suportar o nosso vício. Isto pode levar-nos a ter um comportamento mais arriscado do que teríamos noutra situação.

Vergonha: culpabilização sobre o papel parental

Para aqueles que têm filhos, pode ser difícil e muitas vezes fazer-nos sentir mais vergonha. Podemos ter de ir para cidades onde alguém nos poderá conhecer. Se as nossas famílias alguma vez descobrissem o que fazemos, seria devastador. Por vezes, parece que as outras pessoas – os nossos clientes e proxenetas – nos incutem vergonha, de modo a não terem de olhar para eles próprios.

Depressão

A depressão associada à prática prostitutiva advém de elementos como o perigo, doença, violência, abuso sexual e emocional, dependência de drogas, que lhe são inerentes.

Assuntos de saúde e infeções

Por vezes, temos de lidar com infeções resultantes do nosso “trabalho”, sobretudo quando não utilizamos sempre o preservativo. E mesmo quando usamos podemos, por exemplo, apanhar herpes por termos tocado em zonas onde o preservativo não protege. Isto implica a ida a clínicas e *check-ups* frequentes. Alguns de nós podem ficar com problemas de infertilidade devido a infeções não tratadas a tempo, como é o caso da Clamídia. Existem problemas físicos que podem ocorrer nas mucosas (tecido que forra as paredes da vagina) como resultado da existência de múltiplos encontros sexuais. Uma pessoa pode ficar magoada por ter muitos parceiros, podendo causar “úlceras” (feridas nas paredes da vagina). Isto, por vezes, cria uma situação física propícia a uma infeção, como a do VIH.

Anonimato

É provável que um/a trabalhador/a do sexo ou prostituto/a que deseje ajudar e ensinar os seus pares se preocupe em manter o anonimato. Se isto não for garantido, poderá ser-lhe difícil confiar o suficiente na organização para participar na formação e para se envolver no grupo.

Boas práticas e lições aprendidas

Educadores/as de pares que podem apoiar os trabalhadores/as do sexo, prostitutas e prostitutos

Para um/a educador/a de pares ser bem sucedido/a no seu trabalho sobre saúde sexual e reprodutiva e assuntos relacionados, deve ser empático e capaz de abordar as pessoas com uma atitude não repreensiva e sem fazer juízos de valor. É por isso consensual que quem é ou já foi trabalhador sexual pode estar entre os mais qualificados para saber como, quando e onde nos podem envolver na educação inter-pares.

Trabalhadores do sexo/prostitutos/as enquanto educadores inter-pares

Dois profissionais na área da prevenção da SIDA, L. Brussa e H. Mongard, já ofereceram algum aconselhamento prático e descrições dos passos recomendados para formar educadores inter-pares¹³. O seu trabalho é baseado numa organização chamada Transnational AIDS/SIDA *Prevention Among Prostitutes in Europe Project (TAMPED)*. Embora muita da descrição da formação e dos conceitos chave se adapte a uma abordagem *standard* de um curso de formação destinado a educadores inter-

13 Brussa, L. e Mongard, H. Organization and carrying out training for peer educators. In: Research for Sex Work I, 1998.

pares que trabalham com grupos VMSE. Eles referem o seguinte:

- Quando se escolhe um nome para o curso de formação para educadores inter-pares com pessoas que estão ou estiveram envolvidos em actividades prostitutivas evitem usar termos como “trabalhadores do sexo”. Os autores mencionam que muitas destas pessoas vêem a prostituição como uma condição temporária e não de identidade. Sugerem assim que se deve evitar o uso de um nome ou designação específica, de um título que identifique o programa como estando relacionado com o trabalho sexual, tráfico ou prostituição. Os autores sugerem a utilização de títulos genéricos como, por exemplo “Prevenção e Higiene”.
- Outra importante recomendação é a de que os formadores/as do curso devam estar familiarizados com o fenómeno do trabalho sexual, tráfico e prostituição.
- À semelhança do que deveria acontecer em todos os cursos de educação inter-pares, recomenda-se a participação de alguns convidados, tais como profissionais de saúde, que trabalhem no aconselhamento clínico de contracepção, um/a educador/a de pares formado ou um/a técnico/a de serviço social.
- Os participantes no curso devem ser recompensados monetariamente de forma simbólica, pelo tempo e esforço dispendidos na sua participação e por uma possível perda de trabalho devido à sua participação no *workshop*.
- Investigação e o uso de boas práticas de investigação.
- De modo a desenvolver uma boa formação de educação inter-pares, é importante ser capaz de reunir informação de suporte com uma “avaliação de necessidades”. Esta é uma forma de saber o que está realmente a acontecer na população-alvo e quais são as necessidades existentes.

Outra investigadora, Pyett referiu:

“Provavelmente será dito que investigar o “trabalho do sexo” não é uma tarefa fácil, especialmente quando a

população é desconhecida e se encontra escondida devido à natureza ilegal do seu trabalho. Além disso, os trabalhadores sexuais têm boas razões para não confiar nos investigadores e para resistir à investigação. Como é que podemos ultrapassar estes obstáculos?”

A autora sublinha que precisamos de construir relações de trabalho com estas pessoas para que possamos actuar enquanto investigadores e aprender conjuntamente a fazer investigação de uma forma adequada, eficaz e útil.

A importância de manter a confidencialidade

Uma estratégia que Pyett descreve é a de envolver as organizações locais e outras que actuam para os direitos de “trabalhadores do sexo”, a completar questionários distribuídos em envelopes selados e os devolver à equipa de investigação durante um período de seis meses. A investigação demonstrou que, se feito de forma correcta, é possível reunir informação sobre a avaliação de necessidades, o que constitui uma ajuda valiosa na definição e implementação dos programas de educação inter-pares dirigidos a pessoas em situação de prostituição. Num segundo estudo, que pretendia abranger “trabalhadores do sexo” mais vulneráveis não abrangidos na primeira fase da investigação, foram feitas entrevistas mais pormenorizadas de modo a analisar assuntos de saúde, risco e segurança entre mulheres identificadas como vulneráveis. Estas mulheres eram muito jovens e inexperientes, toxicodependentes, sem abrigo ou imigrantes. As entrevistas foram conduzidas por trabalhadores sexuais treinados/as para o efeito. As vantagens em envolver trabalhadores sexuais enquanto investigadores de pares foram evidentes, especialmente no que respeita à sensibilidade, confiança, e grau de confidencialidade estabelecidos com as mulheres entrevistadas.

Pyett concluiu:

“...os trabalhadores do sexo não apenas prestam uma valiosa contribuição enquanto investigadores de pares, mas também... se a investigação deve marcar uma diferença nas vidas dos trabalhadores do sexo, é com vista a uma vantagem mútua que o fazemos em conjunto”.

Minorias sexuais — homossexuais, homens que têm sexo com homens, lésbicas, bissexuais, transsexuais e transgéneros

Descrição do grupo

É comum muitas culturas terem uma abordagem demasiado simplista do espectro da sexualidade humana. No entanto, entre as pessoas que fazem parte das chamadas “minorias sexuais” existe uma enorme diversidade.

Muito frequentemente, pensa-se que as pessoas são apenas heterossexuais ou homossexuais (gays no caso dos homens e lésbicas no caso das mulheres). Em algumas culturas pode haver o reconhecimento de que algumas pessoas são atraídas por ambos os sexos. Neste caso, podem ser definidas como bissexuais.

Existe, no entanto, o argumento de que a sexualidade humana poder recair nas linhas de investigação de Alfred Kinsey¹⁴. No âmbito do seu trabalho de investigação, Kinsey refere que as preferências e atracção sexual das pessoas tende a recair num *continuum* com indefinições aqui e ali. Enquanto muitas pessoas têm uma orientação exclusivamente heterossexual ou homossexual, outras poderão ser predominantemente uma coisa ou outra, tendo simultaneamente uma atracção pelo mesmo sexo ou pelo sexo oposto. Assim, existem homens que são essencialmente atraídos por mulheres, mas que também possuem uma atracção por outros homens. Este *continuum* é denominado Escala de Kinsey¹⁵. Tal como pode ser visto na escala, cada número de 0 a 6 indica um nível diferente de orientação sexual:

0=exclusivamente heterossexual

1=predominantemente heterossexual, incidentalmente homossexual

2=predominantemente heterossexual, mais do que incidentalmente homossexual

3=igualmente heterossexual e homossexual

4=predominantemente homossexual, mais do que incidentalmente heterossexual

5=predominantemente homossexual, incidentalmente heterossexual

6=exclusivamente homossexual

À luz deste espectro de “preferência sexual” ilustrado na Escala de Kinsey, algumas pessoas são da opinião de que as reacções violentas e discriminatórias para com pessoas LGBT (homofobia) podem advir de pessoas que não conseguem aceitar que a sua própria orientação sexual seja também por pessoas do mesmo sexo.

Barreiras e obstáculos a derrubar: perspectivas de gays, de homens que têm sexo com homens, de lésbicas e de bissexuais

Em muitas culturas ou sociedades, é considerado tabu/proibição ter sexo com pessoas do mesmo sexo. Enquanto gays ou homens que têm sexo com homens (HSH), apercebemo-nos de que as pessoas não querem falar sobre a nossa situação, recusando admitir sequer a nossa existência. Esta reacção acontece também com as lésbicas, sendo uma reacção que leva à homofobia, descrita como o medo e ódio irracional dos homens que têm sexo com homens, das lésbicas e da própria homossexualidade. Historicamente, a heterossexualidade a as suposições sobre sexo e procriação assumiram a regra social, cultural e moral enquanto opostas à homossexualidade. Tudo o que não fizesse parte de um quadro de heterossexualidade era considerado contra as regras e, logo, errado.

As relações entre o mesmo sexo tendem, ainda a ser estigmatizadas através de medidas como o isolamento social, a marginalização e até sentenças de prisão. Tal como os homens gay, HSH e lésbicas, somos tratados como “diferentes” e com frequência referidos com nomes pejorativos. A homofobia não é apenas uma forma de pensamento, ela expressa-se directamente através de comportamentos agressivos contra nós.

Para grupos homossexuais, podem-se aplicar os mesmos princípios e modelos dos outros grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos. Em algumas culturas e sociedades a marginalização e invisibilidade é tão grande que chegam a pensar que nós não existimos ou que existem apenas meia dúzia de pessoas homossexuais. A realidade é que existimos em quantidade significativa na maioria das sociedades.

14 Kinsey, Alfred C. e tal. (1948/1998). *Sexual Behaviour in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington: Indiana U. Press.

15 <http://www.kinseyinstitute.org/resources/images/rating-scale.jpg>.

Tendemos a viver em comunidades algo fechadas e que são mantidas quase “secretas” excepto junto de pessoas que entendem e compreendem. Essencialmente, temos receio das reacções das pessoas à nossa orientação sexual.

Discriminação e atitudes: “O que é que eles estão a tentar provar?”

A discriminação de pessoas das minorias sexuais é fácil de verificar em alguns exemplos clássicos que fazem parte do quotidiano.

Por exemplo, quando um homem e uma mulher são vistos a beijar-se romanticamente na rua, as pessoas dão pouco por isso. Em algumas das nossas sociedades a tendência é assumir que os dois estão intimamente envolvidos. Se, porém, a mesma acção romântica estiver a acontecer entre duas pessoas do mesmo sexo, a experiência e a resposta da maioria das pessoas é claramente diferente. As expressões públicas de amor entre duas pessoas do mesmo sexo podem ser compreendidas como actos de rebelião, exibicionismo ou tentativa de provar algo. Ao ver dois homens a beijarem-se romanticamente, as pessoas podem questionar-se sobre “porque é que eles têm de fazer isto em público?”, “será que estão a tentar provar algo?”. É fácil ver como isto é discriminatório se compararmos as observações feitas no primeiro exemplo face às do segundo exemplo.

A homossexualidade pode ser uma contradição face às expectativas familiares, sociais e pessoais, o que representa uma fonte primária de conflito em torno destes assuntos. Os que comunicam a sua orientação sexual tornam-se, por isso, alvo de violência física e psíquica. A discriminação é normalmente expressa e somos consideradas pessoas doentes, muitas vezes afastados dos nossos filhos e despedidos dos nossos empregos. Devido a esta situação, muitos de nós têm vidas duplas, homossexual e heterossexual, privada e pública.

Pais e mães de pessoas que pertencem às chamadas “minorias sexuais” culpam-se muitas vezes pela orientação sexual dos seus filhos e filhas, assumindo-a como uma doença ou um defeito que projectam de e em si próprios. Emoções parentais típicas são:

- raiva;
- sentimentos de culpa e de vergonha;
- receio de ser marcado pela sociedade e de ser estigmatizado.

As reacções das famílias podem ser demonstradas da seguinte forma:

- atitudes e/ou comportamentos violentos;

- serem enviados para instituições de saúde mental para serem “curados”;
- serem enviados a psicólogos ou psiquiatras para uma “desprogramação” de modo a serem “convertidos” à normalidade;
- alguns pais rejeitam mais ou menos os seus filhos, afastando-os ou eliminando-os da sua vida ou retiram os direitos de herança.

Experiências reais de vida

As seguintes citações do livro “Os Nossos Corpos, Nós Próprios” descrevem alguns dos pensamentos e sensações que as lésbicas podem ter quando chega a altura de aceitar a sua identidade sexual e de a revelar aos outros.

“Eu senti um forte compromisso político e social com as mulheres e um fascínio pelas lésbicas, mas assustou-me pensar que talvez quisesse amar uma mulher – os meus pais explodiriam, o meu ex-marido tentaria obter a custódia dos nossos filhos, as minhas amigas poderiam pensar que eu saía para as seduzir. Tive também medo que isso fosse uma escolha contra os homens em vez de o ser pelas mulheres. Finalmente, um dia disse para mim própria: “por agora, sou uma lésbica” e uma das peças importantes da minha identidade encaixou-se no seu lugar. Estou satisfeita por ter assumido ser lésbica antes de ter uma amante mulher”.

“Quando fui para o colégio existiam apenas outras duas estudantes negras, que vinham de famílias de uma classe média confortável. Senti-me tão deslocada perante elas como perante os alunos brancos também da classe média. Comecei a tomar consciência de uma atracção para com as mulheres, a qual passava a vida a reprimir.

Dado estar fora do meu meio social, aparecia sempre de forma dura e agressiva e as pessoas começaram a acusar-me de ser lésbica. Estava aterrada face ao facto de as minhas fantasias poderem ser visíveis de alguma maneira e comecei então a namorar para disfarçar (...).

O movimento feminino apoiou-me porque pude ver outras mulheres com coragem para mudar as suas vidas. O seu exemplo deu-me a coragem de ver que me estava a enganar a mim própria pretendendo ser “normal”. (...) A minha vida tem sido muito mais rica e muito mais feliz desde então”.

“A minha melhor amiga durante treze anos quebrou a nossa amizade alguns meses depois de lhe ter dito, e há dez anos que não sei nada dela. Não interessa há quanto tempo se conhece uma pessoa, nunca podemos saber exactamente o que esperar quando nos declaramos/assumimos.”¹⁶

16 Boston Women’s Health Book Collective, *Our Bodies, Ourselves, For the New Century* (Touchstone, 1998). Uma nova edição de *Our Bodies, Ourselves* vai ser publicada pela Touchstone na primavera de 2005.2 – <http://www.kinseyinstitute.org/resources/images/rating-scale.jpg>.

Nos países ocidentais, a expressão “declaramos” ou “assumimos” é utilizada para descrever o processo de declaração pública de pertença a uma minoria sexual. Em alguns países da Europa Central e de Leste, tentamos escondermo-nos, a nós próprios e à nossa orientação, embora isto não signifique que a possibilidade e a viabilidade dessa declaração vá ser possível a curto ou médio prazo nos nossos países.

Prevenir a discriminação

Para prevenir a discriminação, é necessário aceitar a escolha livre em todos os aspectos da vida. Só assim, as pessoas das “minorias sexuais” poderão exercer os seus direitos, em plano de igualdade. É ainda fundamental aceitar que embora a nossa orientação sexual seja diferente, isso não nos faz inferiores, nem com menos direitos e oportunidades de cidadania.

Através de programas inter-pares com referenciais positivos de sexualidade saudável (pessoas que vivem livremente a sua orientação e identidade sexual, trabalham, estudam, tem amigos e uma vida social “integrada”) conseguimos combater o preconceito.

Um dos maiores obstáculos que as pessoas das “minorias sexuais” enfrentam é o **estigma** e a **discriminação** impostas pela sociedade. “A homofobia da sociedade pode impedir a implementação efectiva de programas de prevenção destinados aos jovens gays, o que pode desencorajá-los de aceder aos serviços de prevenção”¹⁷. A intensidade do estigma e da discriminação conduz normalmente a um elevado grau de secretismo em torno da orientação sexual das pessoas.

É necessário aceitar que o enfoque das mensagens sobre saúde sexual e reprodutiva dirigidas aos jovens das minorias sexuais não condenam nem promovem a homossexualidade mas, ao invés, agem responsabilmente em torno de um problema de saúde pública¹⁸, no caso específico do VIH/SIDA.

Viver escondido

Um dos problemas de abordagem àqueles que pertencem a minorias sexuais é, por vezes, a natureza escondida de alguns aspectos das suas vidas. Devido à discriminação associada à orientação sexual, as pessoas têm uma existência mais fechada ao nível da sua vida sexual e romântica. Esta situação pode dificultar o contacto com alguém que pode ser reservado relativamente à sua orientação sexual e estilo de vida.

Tentar manter a nossa orientação sexual escondida leva, por vezes, a que ocultamos as nossas relações afectivas dos nossos vizinhos. De forma a evitar que “suspeitem”

de uma relação homossexual, alguém pode tentar evitar ser visto com a mesma pessoa muito frequentemente. Para alguns, isto pode levar também a evitar participar em acontecimentos públicos com uma reconhecida associação à “cultura” gay ou lésbica.

O desejo ou necessidade de manter secreta a orientação sexual conduz a um reforço do anonimato nos encontros e estilo de vida, o que pode traduzir-se num menor conhecimento de potenciais parceiros.

Este estilo de vida “secreto” pode também levar a um maior sentimento de solidão e isolamento.

Um aspecto que, em particular, pode promover a discriminação é a assunção de que as pessoas pertencentes às minorias sexuais são hedonísticas, o que significa que são focados na procura do prazer. Pode assumir-se que agem por impulsos que são criticados ou proibidos pelas convenções sociais, o que pode gerar ressentimento entre as pessoas, vergonha ou confusão relativamente os seus próprios impulsos, fantasias e sentimentos.

Apenas um ser sexual...

Em muitas das nossas sociedades, quando é percebido que uma pessoa se distingue por algum tipo de diferença, esta é automaticamente escrutinada. Assim, quando se sabe que uma pessoa é homossexual, existe alguma tendência para, em primeiro lugar, nos avaliar através da nossa sexualidade ao invés de qualquer outros aspectos da nossa identidade.

Vergonha e culpa

Existem aspectos psicológicos importantes em torno do sexo e da orientação sexual resultantes do que nos têm ensinado sobre o que está “bem” ou “mal”, “próprio” ou “impróprio”, “aceitável” ou “vergonhoso”.

Sistema legal

Em muitas das nossas sociedades, o sistema legal tem tornado difícil assumir e enquadrar a orientação e o estilo de vida das pessoas que fazem parte das chamadas “minorias sexuais”, o que leva a mais uma barreira à comunicação sobre assuntos de saúde considerados importantes.

“Mas eu não sou gay”

Muitos adolescentes que têm ou tiveram relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, independentemente da sua orientação sexual, não se consideram em risco face à infecção do VIH, pois não se identificam, nem consideram relevantes as mensagens de prevenção

17 Grossman, A.H. Homofobia: a cofactor of HIV disease in gay and lesbian youth: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 1994; 5:39-43) como citado na University of California San Francisco Fact Sheet intitulada “what are young gay men’s HIV prevention needs?” from HIV Prevention: Looking Back, Looking Ahead, Coates, T. and Makadon, H.J., preparado por Robert Hays, PhD, April 1995

18 University of California San Francisco Fact Sheet intitulada “what are young gay men’s HIV prevention needs?” from HIV Prevention: Looking Back, Looking Ahead, Coates, T. and Makadon, H.J., preparado por Robert Hays, PhD, April 1995

dirigidas a homossexuais ou bissexuais. Isto acontece, quando um/a jovem se identifica como heterossexual com um comportamento homossexual descontinuado. Também um homem pode não se considerar gay por não assumir o papel de “passivo” na relação sexual.

Boas práticas e lições aprendidas

Proteger as pessoas convidadas

Quem organiza programas deve encontrar formas de garantir a segurança e confidencialidade das pessoas convidadas pertencentes a grupos vulneráveis, marginalizados ou socialmente excluídos. Quem organiza deve colocar a questão: “Conseguirei criar um ambiente de aprendizagem suficientemente seguro para as pessoas que conseguem e irão partilhar as suas experiências pessoais?”.

Programas ao nível da comunidade têm tido uma elevada taxa de sucesso junto de adolescentes. Foi revelado que:

“...um programa bem sucedido promoveu através de uma variedade de actividades sociais realizadas em pequenos grupos e dirigidas pelos próprios jovens, uma norma de sexo mais seguro entre adolescentes *gay*”.

O programa aferiu que adolescentes envolvidos/as em sexo pouco seguro e que normalmente não participariam em *workshops*, eram mais abordáveis através de actividades menos formatadas, tais como a dança, as noites de cinema, *picnics*, concertos e jogos de voleibol. Em muitas partes de mundo, as comunidades de minorias sexuais começaram a lutar. Tem-se verificado activismo político, estabelecimento de direitos humanos e o reconhecimento destes grupos, o que tem contribuído para os incluir, ver representados e aceitá-los abertamente na sociedade.

Existem actualmente organizações que têm formas bem sucedidas de abordar, educar e apoiar as pessoas das minorias sexuais. Com a informação disponível na Internet, por exemplo, qualquer educador/a inter-pares que queira trabalhar com pessoas de minorias sexuais pode encontrar uma enorme quantidade de recursos. Alguns deles estão listados na secção de recursos deste manual.

Utilização de termos neutros em género

De entre as várias formas de abranger as pessoas pertencentes a minorias sexuais na educação pelos pares, uma das mais importantes é através da linguagem neutra e inclusiva quanto ao género na educação para a

saúde sexual e reprodutiva.

Muitos programas foram dirigidos à “população em geral”, o que quer dizer que assumem o estatuto heterossexual dos participantes. Quando tais programas são implementados no terreno, a não ser que sejam bem pensados, eles tendem a usar exemplos de heterossexualidade uma vez após outra, perpetuando assim sentimentos de exclusão relativamente às pessoas LGBT. Estes programas não incluem temas como encontros sexuais entre pessoas do mesmo sexo ou a necessidade das medidas de prevenção. É crucial obter a certeza de que educadores inter-pares são treinados para utilizar uma linguagem neutra e inclusiva quanto ao género, tanto quanto seja possível e apropriado. Um exemplo é aprender a usar a palavra “parceiro sexual” em vez de se assumir o género do parceiro.

Compreender os estilos sexuais

Uma organização útil que tem um *website* é o Hetrick Martin Institute /HMI (www.hmi.org), que se encontra ligado à Harvey Milk School. Estes institutos foram criados para a protecção de jovens pertencentes às minorias sexuais. O *website* fornece informação e estatísticas sobre jovens LGBT. O seguinte excerto é da sua página *Web* e contém estatísticas e factos sobre jovens nos Estados Unidos.

Jovens LGBT nas escolas

- 41.7% de jovens LGBT não se sentem seguros nas suas escolas;
- 28% de jovens gay deixam a escola anualmente, o triplo da média nacional;
- 68% de jovens LGBT reportaram sofrer de algum tipo de assédio ou violência;
- 46% de jovens LGBT reportaram a ocorrência de assédio verbal, 36.4% assédio sexual e 6.1% confrontos físicos;
- 86.7% de jovens LGBT reportaram ter ouvido comentários homofóbicos por parte dos empregados da faculdade ou da escola.

O Suicídio

- Jovens LGBT têm três vezes mais tendência para cometer suicídio;
- 40% de jovens LGBT tentaram o suicídio por comparação aos seus pares heterossexuais.

As atitudes de estudantes relativamente a assuntos de jovens LGBT

- 40% de alunos/as do ensino secundário dizem ser preconceituosos relativamente às pessoas homossexuais.

Outro recurso disponível para jovens envolvidos/as na educação inter-pares é o *website* [www:Youthresource.com](http://www.Youthresource.com). Este é um projecto de Advocates for Youth, sediado em Washington DC.

Na sua introdução pode ler-se:

“Sentes-te um pouco virado ao contrário quando são colocadas questões relativas à tua orientação sexual, identidade de género ou saúde sexual? Talvez fosse útil partilhares as tuas dúvidas e preocupações com alguém que já esteve na mesma situação que tu...”

Este *website* tem um conjunto de *links* para outros *sites* de organizações que apoiam jovens, incluindo os que fazem parte de minorias sexuais, e onde se podem encontrar histórias pessoais, informação sobre bem-estar e saúde sexual e outros *links* para grupos de jovens e outros tópicos.

No *site* da organização denominada Pais/Mães, Famílias e Amigos/as de Lésbicas e Gays (Parents, Families and Friends of Lesbians and Gays – PFLAG) pode encontrar dados sistematizados sobre jovens de “minorias sexuais”, incluindo tópicos sobre discriminação e saúde mental. Neste *site* também encontra assuntos dirigidos a pais e filhos que pertencem a “minorias sexuais”, recursos, linhas de apoio, entre outras coisas.

Por exemplo, numa folha de dados da PFLAG, pode ler-se:

“Estudantes gays e lésbicas sentem que não se fazem notar nas suas escolas. A imperceptibilidade da sua presença é normalmente reforçada pelo perfil heterossexual que marca o seu ambiente, o que faz com que jovens gays e lésbicas se sintam invisíveis, desapoiados e isolados”.

O *website* da PFLAG fornece estatísticas sobre assuntos como o suicídio e taxas de abandono escolar, violência, sem abrigo, VIH/SIDA, atitudes de estudantes e colaboradores da comunidade escolar, depressão e saúde.

O excerto seguinte é outro exemplo do tipo de informação valiosa que podemos obter através de organizações como a PFLAG:

Porque é que “exibem” a sua orientação sexual?

Desenvolvido por Pais/Mães, Famílias e Amigos/as de Lésbicas e Gays

Gays, lésbicas e bissexuais são normalmente “acusados” de exhibir a sua sexualidade quando se assumem enquanto tal, quando demonstram publicamente os seus afectos com um parceiro do mesmo sexo, quando usam símbolos ou *t-shirts* gay ou, participam em paradas gay.

Podemos sentir-nos desconfortáveis com as manifestações públicas de afecto dos nossos filhos com os seus parceiros ou parceiras do mesmo sexo. Porém, recordem-se que todos os casais – hetero ou homossexuais – demonstram publicamente os seus afectos porque amam os seus parceiros. Mas parem e pensem: é-vos igualmente desconfortável assistir a manifestações públicas de afecto entre heterossexuais?

Aquilo que as pessoas chamam “exibição” pode ser apenas a expressão de um comportamento descontraído e natural. Noutras circunstâncias, pode ser uma decisão política declarar a sexualidade de uma pessoa na *t-shirt* que esta veste ou pela sua participação num evento público. Em culturas que tanto ignoram como desvalorizam a homossexualidade, a expressão pública da orientação sexual de uma pessoa pode representar um acto de auto-afirmação importante.

Se se preocupa com possíveis reacções negativas relativamente a qualquer tipo de comportamento que identifique o(a) seu (sua) filho(a) como homossexual, lembre-se que alguns gays, lésbicas e bissexuais irão censurar o seu próprio comportamento por partilharem esses mesmos receios. Mas é da responsabilidade do(a) seu(sua) filho(a) tomar essa decisão.

Tal como em qualquer programa de educação inter-pares, pode ajudar obter o apoio parental, organizações como a PFLAG podem oferecer recursos e ideias de como ajudar pais/mães a apoiarem os rapazes e raparigas de “minorias sexuais” que desejem actuar em programas inter-pares.

PFLAG oferece respostas simples às questões que podem ser levantadas no âmbito da educação inter-pares e que digam respeito às minorias sexuais. Aqui fica um exemplo do seu *website*:

Quais são as causas que levam a que uma pessoa tenha uma determinada orientação sexual?

A forma como uma pessoa desenvolve uma determinada orientação sexual não é suficientemente compreendida pela comunidade técnica e científica. Várias teorias

propuseram já diferentes causas subjacentes à orientação sexual, incluindo factores genéticos e hormonais. Porém, a actual maioria da comunidade científica partilha a opinião de que a orientação sexual das pessoas é moldada na infância através de interacções complexas de factores biológicos, psicológicos e sociais.

A orientação sexual é uma escolha?

Não. A orientação sexual da maior parte das pessoas

emerge no início da adolescência sem ter ocorrido uma experiência sexual prévia. Algumas pessoas dizem tentar esforçadamente, e ao longo do tempo, alterar a sua orientação sexual (da homossexualidade para a heterossexualidade), sem sucesso. Por estas razões, a psicologia considera que a orientação sexual não é, para muita gente, uma escolha consciente que possa ser voluntariamente alterada.

Minorias étnicas e culturais ou grupos sócio-culturais específicos

Descrição do grupo

“Maioria” e “minoría” são noções que se relacionam com a atribuição ou divisão de poder. Estas noções relacionam-se também com o número de pessoas que são identificáveis dentro destes grupos. Os “grupos minoritários” são em regra menos poderosos e numericamente mais pequenos. Também é possível que o termo “minoría” se refira a grupos que podem, embora maiores em número, ter menos poder. Um exemplo disso é o rácio entre o número de homens e de mulheres, com a proporção de mulheres a ser maior (51%). Porém, do ponto de vista do poder, as mulheres possuem menos direitos e são, por isso, ainda consideradas como uma “minoría” em algumas culturas.

Alguns outros grupos podem ser considerados como minorias, tais como aqueles que têm raízes étnico-culturais diferentes da “maioría” ou uma filiação religiosa diferente. Um exemplo é o da comunidade cigana na Europa com uma população estimada entre 7 e 8.5 milhões, é considerada a maior minoria étnica da Europa.

Pertencer a um grupo minoritário pode levar a:

- ser sujeito à indiferença;
- ser “invisível” na sociedade;
- ter uma posição mais fraca em eventos sociais (mesmo naqueles que os afectam directamente);
- ter um poder económico mais fraco;
- ser tratado como exterior;
- isolamento;
- estigmatização;
- discriminação;
- perda de direitos humanos.

Muito frequentemente, há atitudes hostis directas contra membros de grupos minoritários. A vida sob estas condições fragiliza a saúde e os direitos das pessoas. Além disso, as circunstâncias culturais e as necessidades específicas resultantes da vivência num grupo minoritário afectam a forma como lidar com os problemas que estes grupos enfrentam. Estes aspectos devem ser tidos em consideração no momento de planear as actividades.

Pessoas refugiadas e internamente deslocadas (PID)

Ser refugiada ou deslocada constitui uma experiência de vida chocante, levando habitualmente a integrar uma minoria étnico-cultural num novo lugar.

Estas experiências representam um tipo de ataque às necessidades humanas: desde as necessidades básicas (alimentação e abrigo) até às necessidades sociais (tal como, o controle da própria vida, a pertença a grupos, as relações com os outros, o atingir metas e ambições).

A condição de pessoa refugiada é especialmente chocante para adolescentes pelo facto de se encontrarem numa fase específica e exigente da vida (crescimento físico, formação da identidade, o início da carreira profissional,...). Esta fase é muito complexa e pode ser dolorosa. Todos os acontecimentos inesperados tendem a atrasar a obtenção e o desenvolvimento de tarefas e aumenta o risco de nos tornarmos vulneráveis a influências negativas. A chegada a uma nova sociedade significa que as minorias étnico-culturais se confrontam com uma série de perdas e de mudanças relacionadas com:

- a sociedade de origem;
- pares;
- familiares;
- escola;
- hábitos;
- amor;
- memórias.

Considerando a experiência como um todo, é como perder uma boa parte da nossa identidade. O idealismo, muito associado à juventude, é diminuído. Muito frequentemente, isto leva a uma vida sem escolhas e por vezes a comportamentos auto-destrutivos e socialmente prejudiciais. Estes e estas jovens vivem expostos a riscos como a violência, IST, incluindo o VIH/SIDA, gravidezes não desejadas e precoces e a outras ameaças. As suas famílias são, frequentemente, muito pobres e caem na extrema pobreza de uma forma repentina, o que significa um risco acrescido para a sua saúde física, mental e social. A sexualidade é uma componente

normal e esperada da adolescência. Viver em condições de privação, especialmente em campos para pessoas refugiadas e deslocadas, coloca em risco as necessidades de rapazes e raparigas:

- encontrar um parceiro;
- divertir-se;
- assegurar uma boa vida afectiva - sexual.

Ao mesmo tempo, são frequentemente privados da possibilidade de obter informação importante bem como privados do uso dos serviços e cuidados de saúde.

O planeamento de actividades com pessoas refugiadas e deslocadas deve ser baseado na compreensão das necessidades específicas no âmbito das novas circunstâncias de vida. Integrar programas pode dar-lhes a força para:

- se ligarem à sociedade;
- compreendê-la melhor;
- relacionar-se com os seus pares;
- integrarem-se com as suas comunidades.

Isto reduz os riscos que podem enfrentar e aumenta a possibilidade de serem capazes de controlar as suas vidas e de agir responsável e construtivamente no futuro.

Jovens das minorias étnico-culturais que sejam também refugiados ou deslocados podem constituir fontes fidedignas de informação em todas as fases da programação. São eles que conhecem melhor os seus pares, hábitos, necessidades e expectativas.

Barreiras e obstáculos a serem ultrapassados

Abordar com sucesso as minorias étnico-culturais é um factor crítico de importância no universo da saúde sexual e reprodutiva, em todo o mundo. Em alguns países, existem porém problemas inerentes a essa abordagem.

A cultura predominante é diferente em diversos aspectos das minorias étnico-culturais num dado país. Estas diferenças podem englobar crenças e práticas religiosas, práticas de saúde, costumes e rituais de namoro e casamento, relações humanas de várias ordens, situação económica, práticas educacionais, representação e direitos humanos. Todos estes aspectos podem constituir barreiras à educação e às melhores práticas de saúde dentro de um país. Pode conduzir também a uma falta de poder político e, com ela, a uma falta de recursos financeiros.

As dificuldades enfrentadas pela população cigana num país europeu é um exemplo dos problemas com que se debatem as minorias étnico-culturais na região, os quais necessitam de abordagens específicas¹⁹.

Situação geral das pessoas Roma na Bulgária

- Elevados níveis de desemprego;
- Baixa qualidade de vida e pobreza;
- Ausência de cuidados de saúde;
- Ausência ou pouca procura de cuidados médicos;
- Taxa de natalidade elevada;
- Gravidezes precoces;
- Falta de recursos e dificuldades culturais nos cuidados com crianças;
- Elevada taxa de iliteracia;
- Não acesso a seguros;
- Comunidades muito isoladas;
- Comunidade percebida como uma minoria não integrada.

Na apresentação de um seminário sobre "Sexo, Consumo de Drogas, Mobilidade e VIH/SIDA na Europa Central e de Leste", realizado em 2003, o apresentador lista alguns dos preconceitos mais comuns relativamente às pessoas Roma, em particular, às pessoas em prostituição. É claro que os preconceitos são extremamente estereotipados.

Preconceitos relativamente a pessoas Roma, envolvidas na prostituição

- "Sujos";
- "Estúpidos";
- "Roubam";
- "São portadoras de infecções e espalharão as doenças";
- "São pessoas inúteis que não conseguem desenvolver um trabalho positivo";
- "Não querem qualquer outro tipo de trabalho, e é por isso que trabalham na prostituição";
- "São preguiçosas".

Boas práticas e lições aprendidas

Está uma *checklist* desenvolvida sobre "os elementos necessários para um trabalho efectivo com Roma"²⁰. A lista é um exemplo porque pode ser generalizada aos princípios de educadores/as inter-pares usam para trabalhar efectivamente com outras minorias étnicas e culturais.

19 Nikolov, N. Working with Migrant and Roma Sex Workers "Plenary Representation from Report Seminar "Sex, Drug Use, Mobility and HIV/AIDS in Central and Eastern Europe" June 5-8, 2003 Prague, Czech Republic.

20 idem.

Elementos necessários para o trabalho com pessoas envolvidas em actividades prostitutivas

- Melhor compreensão e consciência do seu modo de vida (aspectos culturais e sociais);
- O recrutamento e envolvimento nos serviços disponibilizados;
- Trabalhar de forma consistente e demorada para a construção de uma relação segura e de confiança;
- Ser capaz de se envolver rapidamente para oferecer simultaneamente cuidados de longo prazo;
- Ajudar a aceder e valorizar um sistema regular de cuidados e de monitorização da saúde;
- Trabalhar para conquistar um melhor contacto com as pessoas utentes numa relação presencial individual;
- Design e publicação de recursos cultural, linguística e visualmente adequados;
- Capacidade de comunicar recorrendo a uma linguagem clara, directa e simples;
- Encorajar esforços e sucessos;
- Ter uma atitude não avaliativa.

Pessoas que vivem com “Limitações físicas”

Descrição do grupo

As pessoas que vivem com limitações físicas de várias ordens são de todas as culturas, com diferentes personalidades, tal como qualquer outra pessoa. Alguns de vós poderão reconhecer-nos como pessoas que costumam designar por “incapazes” ou “deficientes”. A palavra “desafiados” ou “pessoa com deficiência” funciona melhor segundo a opinião de muitos de nós. Pode ser menos condescendente, o que nos permite não sentir que somos desprezados ou julgados inferiores pela nossa diferença.

O facto de vivermos com “desafios ou limitações físicas” significa que podemos ter um detalhe físico que torna a vida diária mais difícil do que aquela que têm outras pessoas, o que significa que é preciso derrubar as barreiras. O que é que isto quer dizer? Em alguns casos, podemos não conseguir usar um ou mais do que um dos nossos cinco sentidos: ver, ouvir, cheirar, saborear ou tocar da mesma forma que muitas pessoas conseguem. Noutros casos, podemos não ter o mesmo número de braços, pernas, mãos, dedos das mãos ou dos pés, como a maioria das pessoas, ou, pelo menos, não se movimentarem da mesma forma.

Para alguns de nós, tem sido assim desde que nascemos. Para outros, alguma coisa aconteceu e transformou os nossos corpos.

Em alguns casos isto aconteceu como resultado da genética. Noutros resultou do consumo de alguns tipos de medicamentos que as nossas mães possam ter tomado durante a gravidez. Alguns de nós perderam um membro ou uma capacidade em resultado de alguma coisa que fizemos ou de alguma coisa que não fizemos. A alguns de nós ocorreu algo internamente sem que ninguém fizesse nada. Algumas vezes, isto ocorreu devido a uma doença ou infecção de algum tipo.

Barreiras e obstáculos a serem ultrapassados

Exclusão social – não nos mantenham invisíveis – estamos mesmo aqui!

Para simplificar as coisas, muitas pessoas tendem a assumir que, até prova em contrário, todas as pessoas são mais ou menos iguais – têm duas mãos, dois braços, dois olhos, duas pernas,... Isto torna tudo mais fácil, pelo

menos para aquelas que têm algum tipo de deficiência/ “desafios/limitações”. Mas a vida não é assim para todos nós e pode magoar sentir que somos sempre a excepção.

A ideia de não ter ou de perder um membro (um braço ou uma perna), ou perder a visão ou a audição, amedronta. Assim, muitas pessoas evitarão ou manterão uma “distância confortável” das pessoas que enfrentam certas “limitações físicas”. Isto evita terem de pensar ou sentir o medo ou tristeza que elas próprias poderiam sentir se estivessem na mesma situação.

Pensem por um momento sobre o que seria se estivessem deste lado, se fossem um dos que são “evitados”.

No final, para muitos de nós que encontramos barreiras e obstáculos, não existe apenas o desafio físico para ultrapassar, mas também os desafios emocionais que o acompanham e que são muitas vezes criados pelos nossos pares e pela própria sociedade.

Estigma e discriminação – às vezes somos maltratados/as e insultados/as

A maioria de vós está provavelmente consciente do tipo de nomes que nos podem chamar. Ouvimos calúnias a pessoas com desafios tais como “coxo”, “paralítico” ou “inválido”. Por vezes, estes termos são utilizados para falar sobre pessoas como um insulto. Pensem como será o impacto destas palavras quando vivemos com estas limitações ou desafios.

Trauma

Aqueles que têm desafios congénitos (desde a nascença) apresentam diferenças face àqueles cujo desafio resultou da perda de uma capacidade. Ter tido uma capacidade como a visão ou a audição, ou a capacidade de andar e tê-la perdido por via da cegueira ou de uma paralisia, por exemplo, pode ser especialmente perturbador. Mas, passado algum tempo de adaptação às novas circunstâncias de vida, podemos tornar-nos fortes e aprender a viver.

A maioria de nós, não deseja o confronto com o sentimento de pena ou compaixão, ou que assumam que não conseguimos fazer nada. Muitos de nós, preferem que nos ofereçam ajuda se as pessoas pensarem que

efectivamente necessitamos dela e não que façam por nós aquilo que assumem que não conseguimos fazer. Algumas coisas poderão ser mais difíceis de fazer e poderão ocupar-nos mais tempo, mas mesmo assim poderemos preferir fazê-las mesmo que em tempo diferente.

Podem necessitar de compreender que existem algumas diferenças na forma como expressam a vossa simpatia e empatia. Com simpatia, é como dizer "Oh, coitadinho... Sinto muita pena por si". Esqueça! Nós não precisamos da sua compaixão. Não se incomodem. Se, por outro lado, tiverem um pouco de "empatia", isso significa que estão a tentar compreender como é que seria ser um de nós e tentar uma identificação com o nosso caso. Isso facilita uma mútua compreensão.

Boas práticas e lições aprendidas

As pessoas que entre nós vivem com desafios físicos devem ser abordadas de acordo com a nossa idade e capacidades. Os "canais" normais para disponibilizar informação nem sempre são eficazes. Os métodos e técnicas de trabalho com as pessoas que têm uma incapacidade visual ou que ouvem com dificuldade devem ser ajustados às capacidades.

Quando planeiam trabalhar connosco é necessário compreender as nossas necessidades específicas e requerer profissionais com mais experiência para vos ajudar. Lembrem-se que não devem olhar para nós como "pequenos" ou com "menos valor". Além disso, a forma como vamos reagir irá depender do vosso grau de compreensão e entendimento das nossas necessidades e direitos. Algumas pessoas pensam que não temos desejos ou necessidades sexuais e reprodutivas. Essa atitude é completamente errada e deverá ser colocada de lado. Ajudar pessoas com os nossos desafios implica saber abordar a nossa sexualidade de uma forma saudável e construtiva.

Na educação inter-pares são frequentemente realizados jogos e exercícios que envolvem actividades físicas. Por vezes estas actividades envolvem correr, apanhar coisas, andar, saltar etc... Uma boa ideia é assegurar que existem jogos e exercícios planeados para que todas as pessoas participem.

Quando existem jogos e exercícios físicos que não conseguimos fazer, existem algumas coisas que podem ser feitas para nos ajudar. Primeiro, é possível alterar ou mudar o jogo para que o possamos fazer. Se isto for de todo impossível, existem outros passos que se podem dar. Por exemplo, podemos jogar apenas parte do jogo com alguma ajuda. Talvez alguém nos possa ajudar a mover. Se não conseguirmos apanhar algo, talvez a pessoa ao nosso lado possa partilhar a tarefa de apanhar de novo. Às vezes é-nos atribuído um papel no jogo de modo a que possamos participar enquanto júri, se for necessário. Pode ser nossa tarefa, por exemplo, ver se alguém atravessa uma linha que não seja suposto atravessar ou podemos participar sendo a pessoa responsável pela cronometragem.

É óptimo quando somos convidados para participar da melhor forma que conseguirmos, enquanto parte do grupo ou de alguma forma importante no evento, jogo ou exercício. Isto pode também ajudar todo o grupo em termos dos objectivos de criação de espírito e confiança de e entre os elementos da equipa. Se aprendermos a confiar no grupo, isso é muito importante para nós e para o grupo como um todo. Nessa altura seremos realmente parte da equipa.

Se formos educadores/as de grupo isso também transmite uma mensagem importante para as audiências. Diz-se que nem todos temos de ser perfeitos/as ou super seres humanos para sermos importantes ou ouvidos. Diz-se que toda a gente conta e que pode fazer a diferença, com o seu contributo.

Ferramentas para planear e dirigir um workshop

Secção 7 - Ferramentas para planear e dirigir um *workshop*

É importante para educadores/as inter-pares a trabalhar com grupos VMSE conseguirem abordar as relações entre estes grupos, saúde sexual e reprodutiva (SSR), e assuntos de saúde relacionados. Existem várias vulnerabilidades que conduzem ou são resultado de problemas relacionados com a SSR. Este conjunto de ferramentas foi desenhado a partir de uma fórmula simples que pode ajudar educadores/as de pares a planear e dirigir *workshops* que lidem com a SSR e os

vários assuntos de saúde com ela relacionados. Esta fórmula pode ser utilizada para abordar assuntos como as IST, nomeadamente o VIH/SIDA, toxicod dependência e abuso sexual. A última parte deste conjunto de ferramentas é uma colecção de jogos e exercícios que podem ser utilizados por educadores/as inter-pares como *icebreakers* (quebra-gelo) e *team-building* (sentido de grupo).

Organizar *workshops*¹⁻²⁻³

Quando um grupo de educação inter-pares planeia apresentar um *workshop*, devem previamente preparar e acordar numa agenda. Idealmente, o *workshop* deveria ser ensaiado uma semana antes do evento, ou pelo menos uns dias antes. Pode haver o risco de educadores/as pensarem que se encontram melhor preparados do que efectivamente estão, embora isto só se torne visível aquando do ensaio geral.

Educadores/as devem receber formação para dirigir um *workshop* educacional, interactivo e devem estar à vontade com as técnicas a utilizar. Devem também ser capazes de gerir uma audiência de jovens de uma forma cuidada e apropriada.

As actividades a decorrer no âmbito do *workshop* e o tempo para cada uma mudará de acordo com a idade da audiência e com a duração da própria apresentação. Quando definirem a agenda, educadores/as de pares podem acordar entre si sobre a pessoa responsável pela dinamização de cada actividade, embora devam também considerar outras alternativas para o caso de alguém não poder comparecer.⁴

Aqui está uma agenda, onde se utiliza o "X" para assinalar um assunto de saúde (exemplo: IST, VIH/SIDA, toxicod dependência ou abuso sexual).

Modelo para uma agenda

- Inquérito a participantes;
- Iniciar;
- *Ice-breaker*/quebra-gelo (por exemplo, palavras chave para assinalar com uma cruz) ;
- Sim's e Não's: Criar um espaço seguro para trabalhar em conjunto;
- *Brainstorming*/Chuva de ideias (reflexão e discussão de ideias em grupo) ;
- Testemunhos pessoais;
- Obter factos: perguntas e respostas;
- Roleplay/treino de situações e novos papéis;
- Fecho e discussão;

As explicações relativas a estes exercícios são disponibilizadas nas páginas seguintes

Definir a agenda com um Inquérito a participantes

De modo a ajudar educadores/as de pares a compreender a sua audiência e a definir a agenda apropriada do seu *workshop*, é útil distribuir um questionário, de preferência alguns dias antes do seu início (para um exemplo de questionário, ver o Anexo 3). O questionário também pode também ser dado quando as pessoas entram na sala, no dia do *workshop*. Dê-lhes 10 minutos para o preencher e peça-lhes para o fazer sem recorrer à ajuda dos seus amigos. Depois de recolher os questionários, os/as educadores/as de pares podem dar uma vista de olhos rápida de modo a avaliar o conhecimento e

1 Zielony R., adaptado de Peer Education Programs for Addressing Health Issues 1999.

2 Zielony R. & Tunick, R, adaptado das secções do Peer Education Manual, 92nd St. Y NYC, 1996.

3 Adaptado das secções do Y-Peer, "Peer Education Training of Trainers Manual" 2003.

4 Este modelo é uma adaptação e expansão de uma agenda originalmente desenvolvida por R. Zielony para o 92nd Street YMCA em Nova Iorque, com o apoio de vários educadores de pares adolescentes. Rebecca Tunick, uma educadora de pares ajudou a coordenar o primeiro draft.

a atitude daqueles que estão em vias de “ensinar” e, simultaneamente, de conhecer as necessidades em que se devem focar.

Iniciar⁵

Os *workshops* de educação inter-pares beneficiam de um exercício de preparação inicial que explica o seu propósito e as diferentes motivações de participação. Esta introdução variará de acordo com a agenda escolhida e com o nível de conhecimento e os interesses das pessoas. De seguida encontram-se dois exemplos de exercícios introdutórios que podem ser utilizados por grupos de educação inter-pares.

Introdução 1

A realidade de viver com X

Todas as pessoas dizem os seus nomes, o porquê da sua participação no *workshop* e qual o seu interesse e preocupação relativamente ao assunto a ser abordado. Quando a última pessoa da fila tiver terminado as apresentações, ele ou ela diz “A realidade do (X) é a de que, de um modo ou de outro, ela afecta todos nós que aqui se encontram hoje nesta sala. Todos temos de lidar com o facto de que (este assunto) existe neste mundo e que directa ou indirectamente tem um impacto nas nossas vidas. **Isso significa que todos nós somos pessoas que vivem com X**”. (Quando adequado, os/as apresentadores/as podem acrescentar “Não tem de ser ou ter X para ser afectado por isso”).

Introdução 2

“Eu sou uma Pessoa Afectada por (X)”

Este exercício de atracção de atenção pode ajudar a estabelecer rapidamente as razões do *workshop* e a forma como X afecta todas as pessoas. Deve ter-se cuidado quando se utiliza esta abordagem pois o grupo pode percepcioná-la como depreciativa: alguns/as educadores/as de pares chegaram à conclusão que o grupo pode não compreender que o/a educador/a não é na verdade afectado/a por X de uma forma directa ou pessoal. Cada grupo de educadores inter-pares deve decidir se este é ou não um exercício apropriado à sua audiência e ao seu próprio nível de à vontade.

Para usar esta abordagem, os/as educadores/as inter-pares alinham-se em frente do grupo. A primeira pessoa da fila diz: “Olá, eu chamo-me (nome) e sou afectada por X (exemplo: IST, toxicod dependência, abuso sexual,...)”. Todas as pessoas da fila devem fazer esta introdução até

que a última tenha terminado. Depois, esta última pessoa deve fazer uma pausa e dizer: “Para algumas pessoas esta parte da apresentação pode gerar confusão. Podem ter acreditado que todos nós estamos a viver X. Mas não é isto que estamos a dizer. O que estamos a tentar dizer é que nós – individualmente e todas as pessoas – tem de lidar com o facto de que X existe e, directa ou indirectamente, tem um impacto nas nossas vidas. Portanto, de uma certa maneira, todos somos “pessoas afectadas por X” (se for relacionado com o VIH/SIDA, pode-se acrescentar “Não têm de estar infectados para serem afectados”).

Icebreaker - “Palavras-chave para (X)”

Um/a educador/a inter-pares lidera o exercício e outros dois ficam por detrás dele e escrevem num papel de grande dimensão previamente colocado na parede. Quem estiver a apresentar o exercício refere: “De modo a aprender sobre X, é importante ser capaz de falar sobre o assunto a diversos níveis. Não queremos ofender ninguém, mas iremos fazer um exercício destinado a aumentar a confiança para abordar e falar do assunto”. Em seguida, pede às pessoas para fazerem associações a X, podendo a audiência utilizar gíria e calão. Educadores/as de pares devem estar preparados/as para dirigir a participação sugerindo também algumas associações. Porém, devem ter o cuidado de não dominar a sessão ou competir com o grupo na discussão. Quando o grupo deixa de ter palavras para expressar as associações, deve passar para um novo tópico.

O objectivo deste exercício é o de fazer com que todas as pessoas se sintam mais confortáveis a discutir a temática e fazer com que toda a gente saiba que “neste *workshop*, nada do que é dito é demasiado rude ou vulgar dado que existe uma razão para o dizer. Estamos aqui com motivação para aprender sobre um tema sério”.

Este exercício pode ser algo intimidatório para algumas pessoas, é útil iniciar o trabalho em pequenos grupos de 5 a 8 pessoas. Cada um destes grupos terá a sua própria placa e marcador onde o/a porta-voz do grupo escolhido registará as palavras e expressões proferidas pelo grupo. Num evento maior, educadores/as podem ter de circular pela da sala para aferir do progresso de cada grupo. Esta solução significa que as pessoas participantes não se sentem pressionadas para proferir palavras à frente de toda a audiência. É ideal ter pelos menos um/a educador/a inter-pares a trabalhar com cada pequeno grupo.

5 Adaptado de secções do Y-Peer, “Peer Education Training of Trainers Manual” 2003

Sim's e Não's: Criar um espaço seguro para trabalhar em conjunto

De modo a fazer com que todos os/as participantes se sintam confortáveis e seguros, é importante que apresentadores/as e o grupo estejam de acordo relativamente a um conjunto de orientações de funcionamento, o que pode incluir:

"Direito a passar" - o direito de não participar em determinada parte do *workshop* relativamente à qual se sentem desconfortáveis;

"Confidencialidade" – respeitar a informação privada das pessoas; isto implica chegar a um acordo com a audiência no sentido de ninguém poder vir a revelar exteriormente qualquer informação pessoal partilhada no *workshop*;

"Proibição de vaiar" – de modo a evitar, ofender ou humilhar alguém;

"Uma pessoa de cada vez" – pedir às pessoas que permitam que se fale para o grupo, sem que outras estejam a falar ao mesmo tempo.

Alguns grupos de educadores/as inter-pares gostam de seguir o sistema de regras referido no acrónimo "CRABS" ou "ROPES", que têm um conjunto semelhante de regras. Por exemplo, uma lista de regras base que segue o acrónimo **CRABS**, representa:

Confidencialidade: As pessoas não partilharão informação pessoal sobre os outros.

Respeito: As pessoas devem respeitar todos os participantes do grupo. Isto significa que não podem haver ataques pessoais e que todos/as devem deixar os/as colegas a partilhar os seus pontos de vista. Use a afirmação do "Eu", tal como "Eu sinto que", em vez de "Não, tu estás errado(a), a coisa certa é".

Atenção: Ouça o que a outra pessoa está a dizer. Assim, não só terá maior probabilidade de aprender alguma coisa como a pessoa que está a falar se vai sentir mais confortável na sua intervenção.

Be open (Seja aberto): Para aproveitar o máximo do *workshop*, as pessoas devem ser encorajadas a falar da sua experiência pessoal. Arrisque – não tenha medo de

falar...

Sensibilidade: Seja sensível às outras pessoas e ao seu historial de vida. Não faça generalizações.

Depois de serem apresentadas estas regras base, é altura de perguntar "Existe mais alguma regra que alguém gostasse de ver observada?"

Brainstorming (partilha, discussão e reflexão de ideias em grupo)

Esta é uma das técnicas mais importantes para envolver os/as participantes numa reflexão aberta e criativa sobre um tema. Neste exercício as pessoas são divididas em pequenos grupos de 6 a 8 elementos. Um grupo mais pequeno pode formar menos grupos e os grupos mais rápidos podem avançar para uma segunda questão a ser colocada para reflexão. Numa audiência mais alargada, mais do que um grupo pode trabalhar a mesma questão, ou pode abranger um maior número de questões. Se houver uma equipa de educadores/as inter-pares, estes distribuem-se por entre os grupos.

A cada grupo é dada uma questão para reflexão e discussão e definido um tempo limite para o fazer. Quem dinamiza o exercício pode encorajar os grupos e ajudar a pensar em mais respostas com ideias ou pistas sobre como responder às questões colocadas.

O formato das questões pode seguir a seguinte orientações:

1. Porque é que algumas pessoas (têm ou se envolvem em) X?
2. Quais poderão ser algumas das razões para (esperar para experimentar/abster-se) X?
3. Quais serão as alternativas a (ser/fazer) X?
4. Porque é que algumas pessoas não se protegem de X? (quando adequado)
5. Como é que pode encorajar alguém a tornar-se mais seguro relativamente a X?

Aqui estão exemplos de listas de respostas exemplo a cinco questões colocadas para reflexão e discussão durante um *workshop* sobre prevenção e saúde sexual:

Porque é que algumas pessoas têm sexo?

- Diversão;
- Sabe bem; prazer; gozo;
- Os amigos fazem-no;
- Liberdade;
- Rebelião;
- Aborrecimento; ter alguma coisa para fazer;
- Aventura;
- Curiosidade; experimentação;
- Enamorado;
- Seguir o exemplo de outro;
- Pressão do/a parceiro/a;
- Pressão dos pares;
- Por dinheiro/sexo para sobrevivência;
- Pensar que estão apaixonados;
- Hábito/vício;
- Porque podem;
- Hormonas;
- Para fugir a outros problemas;
- Natureza humana; actividade natural;
- Ver na televisão ou nos filmes; pressão dos *mass media*;
- Ignorância; desinformação;
- Obcecados;
- Medo de rejeição; para manter uma relação;
- Status: é porreiro; para provar a masculinidade;
- Para ter um bebé; reprodução;
- Poder;
- Violação;
- Ser adulto;
- O risco é excitante;
- Vulgar, luxúria;
- Para explorar o corpo;
- Á procura de amor; para sentir carinho;
- Popularidade;
- Intimidade;
- Conquista;
- Não querer ser virgem;
- Imaturidade;
- Fugir à realidade;
- Alivia o stress;
- Descompressão emocional;
- Para ganhar experiência;
- Para esconder os seus sentimentos;
- Intoxicação.

Quais são as razões para esperar ou abster-se?

- Não ter vontade;
- Má disposição;
- Não estar preparado;
- A primeira vez deve ser especial;
- Não gostar de sexo;
- O sexo magoa;
- Não estar apaixonado/a;
- Não querer ser usado/a;
- Não querer um bebé;
- Não querer apanhar uma infecção sexualmente transmissível;
- Medo;
- Não conhecer o historial do/a parceiro/a;
- Religião;
- Ter medo de ser "apanhado" pelos pais/família;
- O sexo não valer a pena;
- Não estar com a pessoa certa;
- Ser demasiado jovem;
- Não estar confortável consigo ou com a outra pessoa;
- As consequências serem grandes;
- As pessoas não a podem chamar de "vulgar" ;
- Querer continuar virgem;
- Ser contra os valores.

Quais são as alternativas às relações sexuais?

- Dar as mãos;
- Masturbação mútua;
- Sexo telefónico; cibersexo;
- Fantasias;
- Apalpar/tocar/acariciar;
- Massajar;
- Beijo nos lábios;
- Sexo seco (sexo com roupa) ;
- Roçar os pés;
- Fazer um piquenique;
- Tomar banho juntos;
- Conversas longas;
- Dança; dança erótica;
- Dar um longo passeio romântico a dois;
- Ver fotografias sexy, ver filmes pornográficos;
- Usar objectos sexuais (mantê-los esterilizados, se forem partilhados);
- Utilizar alimentos de forma criativa;
- Lamber o corpo, excepto em feridas abertas ou membranas mucosas;
- Dizer palavrões;
- Ler romances escaldantes;
- Meditar;
- Fazer exercícios em conjunto;
- Roçar o corpo;
- Métodos herbais/holísticos; acupunctura ;
- Beijar apaixonadamente;
- Sexo oral;
- Dormir com alguém;
- Diga “Eu amo-te”; pronuncie os seus sentimentos através de palavras mas com uma expressão física;
- Partilha de *hobbies*.

Por que é que algumas pessoas não usam protecção/prevenção?

- Demasiado caro;
- Estraga a disposição, não é romântico;
- Embaraço;
- Não sei como usar;
- Não é tão bom quando se usa o preservativo;
- Alergia;
- Estraga a espontaneidade;
- Não é 100% eficaz ou seguro;
- Vai contra as crenças – religiosas, regras do grupo, etc.;
- Não querer parecer promíscuo;
- Implica que o sexo foi planeado;
- Falta de poder; luta pelo poder;
- Baixa auto-estima;
- Recusa do parceiro;
- Medo de rejeição; colocar a relação em risco;
- Egoísmo;
- Sentimentos de invencibilidade; negação;
- Não querer admitir a responsabilidade;
- Excitação de correr o risco;
- Dificuldade do acesso a preservativos;
- Puro desmazelo;
- Confiança absoluta na história sexual do/a parceiro/a; negação de outras relações;
- Ignorância, inexistência da consciência dos riscos envolvidos;
- Auto-destruição;
- Confianças noutros métodos contraceptivos que não são eficazes na protecção de doenças (coito interrompido...);
- Alergia;
- Masculinidade; Machismo;
- Casamento;
- Desejar engravidar;
- Raiva; agressão;
- Fidelidade; uma relação monogâmica;
- Ansiedade;
- Esquecimento no momento, mau planeamento;
- Esconder a actividade sexual ou a sexualidade;
- Colocar a responsabilidade no outro versus serem ambos responsáveis.

Como é que se encoraja o parceiro/a, a usar protecção/prevenção?

- Os preservativos evitam a gravidez bem como a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e o VIH;
- Eu tenho cuidado contigo;
- Eu não quero que adoças ou que morras;
- Sem protecção não há amor;
- Eu não quero ficar doente ou morrer;
- Se realmente te preocupasses comigo concordarias em usar protecção;
- Se não usares o preservativo, esquece-me;
- Abstem-te se não houver protecção;
- Melhor com segurança do que com pena;
- Torne isto num jogo; coloque o preservativo no seu parceiro;
- Diga “ Vou gostar mais se usarmos protecção”;
- O sexo é mais suave e facilita com preservativo lubrificado;
- Os preservativos aumentam o período de erecção;
- Proteja, não infecte;
- Se queres estar comigo usa o preservativo. Não quero ser infectado(a) com o VIH, portanto usa-o ou vai-te embora;
- Fale sobre sexo com antecedência – ao telefone ou numa conversa normal;
- Coloque o preservativo ao seu parceiro durante o processo de excitação de modo a ele ter dificuldade em recusar;
- Eu não sei com quem é que estiveste antes;
- Poderemos voltar a fazê-lo e fazê-lo se sobrevivermos à primeira vez;
- Um caso de uma noite ou uma situação de nove meses?;
- Existem preservativos de várias cores e sabores;
- A SIDA não discrimina;
- Hoje usamos o meu (sugestão de incluir o preservativo feminino).

Testemunho pessoal

Na próxima parte da apresentação, uma pessoa que vive com X aparece e fala sobre as suas experiências. Esta pode ser a parte mais forte, a mais valia da apresentação. É importante conhecer bem a pessoa e assegurar que fala bem em público e que se encontra perfeitamente preparado(a) para a apresentação. Encoraje-o(a) a falar sobre coisas que possam estar relacionadas os participantes, especialmente de experiências pessoais, tais como, a sua vida diária e como é que se sente relativamente a ela. Outra opção, é a de mostrar um documentário ou um vídeo sobre X e o seu impacto sobre a vida das pessoas e do planeta.

Deve ter-se em atenção a escolha do orador, pois este deve estar seguro na sua abordagem. Por exemplo, não deve estar em risco de poder “desorganizar-se” por falar sobre as suas experiências pessoais enquanto toxicodependente. Isto pode acontecer se ele/ela não tiver tido ainda tempo suficiente para recuperar ou se não tiver tido a oportunidade de estar com o seu terapeuta e garantir uma conversa pós-*Workshop*.

Obter os factos

A parte da apresentação que se segue é a parte principal do processo ensino/ aprendizagem. Enquanto os factos são apresentados os/as educadores/as expõem os factos chave e respondem às questões colocadas.

Uma área importante a ter em conta é a redução dos riscos de X. Neste exercício, o/a educador/a dá pistas sobre factos relacionados com a redução de riscos de X. De seguida, apresentamos um exemplo para discussão do VIH/SIDA. Primeiro, deve ser apresentado o seguinte quadro:

A redução dos riscos de VIH/SIDA:

Não permita os seguintes fluidos:

1 _____
2 _____ 2a. _____
3 _____ ou _____
4 _____

na sua: _____

ou sobre as suas: _____

localizadas: _____, _____, _____, _____, _____

De seguida, o/a educador/a começa por direccionar os participantes à descoberta do que deve ser colocado nos espaços em branco perguntando, por exemplo, “Quais são os quatro fluidos que podem transmitir o VIH?” Depois pode perguntar “de que sistema e tipos de partes do corpo devemos manter afastadas do contacto com os fluidos?” As respostas correctas são as seguintes:

A redução dos riscos de VIH/SIDA:

Não permita:

- 1 sangue
- 2 sémen
- 2a. Fluido pré-ejaculatório
- 3 fluidos vaginais
- 4 leite materno⁶

na sua: corrente sanguínea

ou sobre as suas: mucosas

localizadas: vagina, ânus, pênis, boca, olhos, nariz.

Após as respostas e de o/a educador/a ter preenchido todos os espaços em branco, explicará então toda a informação de forma clara e detalhada.

Treino de situação, "faz-de-conta", *role-play*

Os exercícios de treinos de situações são cenas simples e improvisadas que permitem introduzir factos e informação sobre um tópico seleccionado enquanto, simultaneamente, expõem os/as participantes a situações diárias relacionadas com o tópico. Ajuda também a construir ou a melhorar as capacidades para lidar com o tópico. Estes exercícios podem adquirir várias formas. Os exemplos seguintes são os dois mais frequentes.

Para começar, os/as educadores/as sugerem situações do "dia-a-dia" que um número pré-definido de participantes encenam espontaneamente. Podem também atribuir papéis específicos a cada participante.

Aqui fica uma lista de situações que podem ser valiosas para os *workshops* que versam sobre VIH, IST, drogas e sexualidade:

1. Demonstração de colocação de preservativos masculino e feminino;
2. Uso de drogas/álcool ;
3. Bebedeira que numa festa acaba em sexo;
4. Como limpar um *kit* de injeção.
5. Período janela: período entre o comportamento de risco e o resultado da análise/teste ao VIH/Sida;
6. Teste: informação, números, locais;
7. Diferença entre preservativos de látex e de tripa de cordeiro;
8. A descoberta do preservativo pelo pai ou pela mãe;
9. Uso de barra de látex no sexo oral;
10. Devo fazer o teste?;
11. Comunicar o estatuto de VIH; apoiar alguém que seja seropositivo;

12. Tópicos heterossexuais e homossexuais – Estou preparado? Devemos usar preservativo? O que é que os meus amigos vão pensar?;
13. Lubrificantes;
14. Fluido pré-ejaculatório;
15. Novos tratamentos ou novas drogas;
16. Assédio sexual.

Treino de situação - novos papéis⁷

Esta é uma outra forma de preparar os/as participantes. Duas pessoas iniciam uma cena improvisada. Quando a cena parece estar no auge, ou alguém precisa de "ser salvo", outra pessoa dá um toque num dos intervenientes originais e inicia uma nova cena, ou continua aquela que está em curso. O outro actor improvisa a resposta.

As cenas podem ser construídas sobre os mesmos tópicos, tal como explicado no parágrafo sobre treino de situações, "faz-de-conta" e *role-play*.

Fecho e discussão

A audiência é convidada a partilhar perguntas, respostas ou comentários que têm sobre as actividades do *workshop*. Esta é uma oportunidade para rever assuntos que podem ter surgido durante os *role-play*, tais como as escolhas feitas pelas personagens que eram retratados por participantes e/ou educadores/as. Idealmente, o *role-play* serve como uma "rampa de lançamento" para a discussão. Igualmente, se existir um/a convidado/a, essa pode também ser a altura para interagirem com ele(a).

Findos os trabalhos do *workshop*, educadores/as devem ficar por perto durante alguns minutos de modo a que as pessoas possam abordá-los com comentários ou questões. Alguém pode querer perguntar algo de pessoal ou precisar de apoio, e pode sentir-se mais à vontade individualmente do que colocar a questão no decorrer do *workshop*.

Quebra-gelo, jogos e exercícios⁸

Os exercícios e jogos podem ser utilizados não apenas nas apresentações como também na sua preparação. Existem muitos exercícios que podem ajudar os/as educadores/as de pares a sentir-se mais confortáveis. Estes jogos ajudam os/as participantes a sentirem-se mais confortáveis e mais à vontade com o grupo.

Furacão (ou "Um vento frio sopra...")

Este exercício é divertido e activo, mobilizando os/as participantes a saírem das suas cadeiras e a andarem

⁶ Deve ser referido, porém, que em países onde a água potável não está disponível as regras podem ser algo diferentes relativamente à amamentação. A amamentação exclusiva e consistente em algumas áreas parece oferecer resultados mais positivos do ponto de vista da saúde, e minorar riscos de transmissão do VIH do que a combinação de leite materno com leite artificial.

⁷ Adaptado de uma técnica ensinada por Stacy Block, Peer Education Programme "Reflections", Brunswick, New Jersey.

⁸ Adaptado de secções de Zielony, R. & Tunick, R. Peer Education Manual, 92nd St. Y NYC, 1996. Esta secção inclui uma descrição de jogos e exercícios criada e/ou submetida por um número de educadores pelos pares e de instrutores, incluindo Shira Piven, dramaturga. A fonte original para muitos deles é desconhecida.

de um lado para o outro. O jogo começa com o grupo sentado com as cadeiras em círculo em torno de uma pessoa. Existe menos uma cadeira do que a totalidade dos participantes). O objectivo é que a pessoa do centro consiga uma cadeira e outra fique no meio do círculo. O jogo funciona da seguinte forma:

A pessoa que fica no centro em pé começa uma frase com: "Um vento frio sopra para qualquer um que..." e termina-a com um facto sobre si e que é verdadeiro. Por exemplo, se estiver a usar jeans, poderá dizer: "Um vento frio sopra para qualquer pessoa que esteja a usar jeans". Às pessoas a quem também se aplica aquilo que é dito levantam-se imediatamente e correm através do círculo para encontrar uma cadeira deixada livre por outra pessoa (não podem apenas mudar para a cadeira que fica ao seu lado). A pessoa que está no meio do círculo corre também para arranjar um lugar. No fim vai ficar uma outra pessoa em pé. Essa pessoa ocupa o centro do círculo e o processo é repetido, dando-se continuidade ao jogo.

As escolhas não estão limitadas a coisas físicas. Podem incluir, atitudes, experiências de vida, etc. Por exemplo, se uma pessoa acredita no apoio aos outros que querem ser abstinentes, ele ou ela podem dizer "Um vento frio sopra para qualquer pessoa que acredita que as pessoas que querem ser abstinentes devam ser apoiadas na sua decisão". Ele ou ela podem afirmar "Um vento frio sopra para qualquer pessoa que pensa que devem ser disponibilizados preservativos nas escolas secundárias". O jogo acaba quando o/a facilitador/a (ou o grupo) decide terminá-lo.

A Kitty quer um cantinho

Os membros do grupo colocam-se em círculo e uma pessoa começa por ser a "Kitty". A pessoa no meio do círculo (a "Kitty") anda em redor do círculo dizendo "a Kitty quer um cantinho". A pessoa a quem a Kitty pede responde "Pergunta ao meu vizinho", e a "Kitty" move-se no sentido contrário ao dos ponteiros do relógio, dirigindo-se ao participante seguinte. À medida que a "Kitty" vai falando, as pessoas que formam o círculo correm para trocar de lugar, por detrás da "Kitty". A "Kitty" tenta tomar o lugar de alguém que está a correr para mudar de lugar e quando consegue, a pessoa que ficou sem lugar no círculo é a nova "Kitty".

Jogo de corpo *hou-ha*

Este exercício é óptimo para animar a disposição do grupo. Todas as pessoas em círculo; uma pessoa emite um som e faz um movimento corporal. A pessoa ao seu lado imita-a de imediato. O barulho e o movimento corporal são repetidos por todo o círculo até à pessoa que os originou, e que volta a repeti-los. A pessoa ao lado cria agora o seu próprio barulho e movimento, que percorrem novamente o círculo, e assim sucessivamente.

O jogo do sim ao nome

Aqui está uma forma eficaz para aprender o nome das pessoas. Este é um bom jogo para treinar e praticar capacidades de audição assim como para ajudar a ensinar "o dar e receber" necessário para uma boa técnica de drama. O jogo envolve as pessoas dispostas em círculo a moverem-se para espaços onde outras tinham estado, depois de chamarem pelos seus nomes e de obter um sim. O jogo funciona da seguinte maneira:

Primeiro, todos se dispõem em círculo apresentando-se várias vezes até as pessoas ficarem familiarizadas com os nomes. Alguém começa por dizer o nome de uma pessoa. Essa pessoa responde "sim" e a pessoa que chamou move-se para a substituir no seu lugar, recordando que é proibido mover-se até se ter ouvido o "sim". A pessoa cujo nome foi chamado segue o mesmo procedimento.

Jogo para nomes e bola lançada⁹⁻¹⁰

Este exercício é óptimo para ensinar educadores inter pares de pares sobre o valor e elementos de uma boa comunicação. Todos os participantes se dispõem num círculo e apresentam-se uma ou duas vezes. Alguém vai buscar um objecto para rodar (por exemplo, uma bola de papel amassado). Essa pessoa entra em contacto visual com outra e diz o nome dessa pessoa, rodando a bola. Se alguém se esquecer do nome de alguém, pode-se pedir para repetir. Depois de alguns minutos, pode ser introduzida uma segunda e depois uma terceira bola, o que aumenta o caos e o riso.

Pode então dar ao grupo a tarefa de tentar, por exemplo, descobrir 10 ou 15 nomes sem que se deixe cair a bola, caso contrário terá de se dar novamente início ao jogo. A instrução é de que sejam envolvidas três bolas no jogo.

Quando isto tiver sido feito, pode-se introduzir a discussão. A discussão pode iniciar-se com a questão de

9 Adaptado de um exercício ensinado por Robert Eckert, NDRI (Narcotic and Drug Research Incorporated).

10 Revisto no Peer Education TOT Manual, 2003 Y-Peer UNPFA, UNICEF, UNESCO, WHO.

como é que os participantes se sentiram com o jogo. Depois, pode-se debater a ideia de como atirar a bola (de uma pessoa para a outra), pode ser considerada uma metáfora em comunicação. O facilitador deve pedir ao grupo para identificar requisitos necessários para o sucesso do jogo. Tais como: contacto visual, chamar alguém pelo nome, ter a certeza que as pessoas estão preparadas para receber a bola (ou a mensagem), atirá-la directamente para a pessoa, não a atirar quando outra bola está a ser atirada, e daí por diante, são tudo elementos importantes para incluir no jogo.

Jogo de associação de nomes

Este é outro exercício divertido que ajuda os participantes a aprender nomes. Cada jogador escolhe uma acção que começa com a primeira letra do seu nome.

Sebastião: “Eu sou o Saltador Sebastião” (ele salta).¹¹

Rita: “Ele é o saltador Sebastião (ele salta). E eu sou a risonha Rita” (ela ri).

Carla: “Ele é o saltador Sebastião (ele salta). Ela é a risonha Rita” (ela ri). E eu sou a corredora Carla” (ela corre).

Passa um aplauso¹²

Todas as pessoas se dispõem em círculo. Para passar um aplauso, deve contactar visualmente a pessoa que se encontra a seguir a si e bater palmas ao mesmo tempo que ela. Esta pessoa contacta com o olhar a pessoa que está ao seu lado e aplaude. Essa pessoa bate palmas com as duas pessoas e depois volta-se, entra em contacto visual com a pessoa seguinte e aplaude com ela. O ritmo instala-se e o líder pode dizer “mais depressa” ou “mais devagar” para alterar o ritmo dos aplausos.

O que é que estás a fazer?

Este exercício pode ajudar a preparar os participantes para a actuação. Todos se dispõem em círculo. Uma pessoa começa a representar uma acção através de mímica, por exemplo balançar uma bola imaginária. A pessoa à sua esquerda pergunta: “O que é que estás a fazer?”.

A pessoa que parece estar a balançar a bola responde, mas diz que de facto está a fazer outra actividade, por exemplo, pescar um tubarão. Esta resposta pode ser espontânea e a primeira coisa que lhe surge. A pessoa que colocou a questão deve então representar, através de mímica, a informação sobre a actividade que recebeu (neste caso, pescar um tubarão), o mais criativamente possível. Quem está sentado junto da 2ª pessoa pergunta

então “O que é que estás a fazer?” A pessoa que está a “pescar um tubarão” responde com a primeira ideia que lhe vem ao pensamento, sendo a vez da pessoa que fez a pergunta representar o que foi dito na resposta recorrendo à mímica, e assim sucessivamente.

Construir uma máquina

Isto pode ajudar a apreender o valor do trabalho em equipa. Uma pessoa começa com um movimento acompanhado de um som repetitivo e ritmado. Outra pessoa junta-se à pessoa e associa-se ao trabalho de construção da máquina produzindo um som e movimento com um ritmo diferente. Isto continua até que todos, à excepção do facilitador, tenham contribuído para por a máquina a trabalhar. Ao longo do jogo, o facilitador pode dizer aos participantes para desacelerarem e aumentarem o ritmo ou pararem. O trabalho da máquina deve estar “sincronizado” em todas as partes.

Corda (ou pretzel)¹³

Todas as pessoas se dispõem num círculo apertado, levantando a sua mão direita e a agarrar a mão direita de outra pessoa. Depois, cada um levanta a sua mão esquerda e agarra a mão esquerda de uma outra pessoa. Sem “desamarrar” as mãos, devem sair daquele nó (ou “desamarrar” a corda) e voltar ao círculo. Se o grupo começar a fazê-lo facilmente, podem introduzir algumas variantes: não se poder falar, só sussurrar, etc.

Atenção: As pessoas que participam neste jogo devem ser advertidas antes do começo para serem cuidadosas evitando magoar, tendo atenção para não torcer os braços, pisar, etc.

Espelho

Em pares, cada participante reflecte exactamente aquilo que as mãos do parceiro estão a fazer. A pessoa que lidera o par deve dar a vez ao outro. Às vezes, não é claro de quem é a iniciativa; idealmente os elementos do par trabalham em conjunto, fazendo turnos na liderança e no reflexo.

Dizer a verdade

Este exercício pode ajudar a mostrar quão fácil é fazer afirmações sobre os outros. Todos os jogadores são instruídos para escreverem alguma coisa sobre eles próprios que seja verdade mas que ninguém na sala saiba. Devem ser previamente avisados que aquilo que vão escrever será eventualmente revelado a todo o grupo, por isso deve ser algo com o qual se sintam confortáveis em partilhar com todos. Cada pessoa

11 n.t Mantém-se aqui a terminologia da acção em inglês de modo a que a mecânica do jogo seja perceptível. Neste caso, a inicial do nome, o J(ason), corresponde e inspira a inicial da acção J(umping).

12 Eckert, Bob, The Life Institute (Learning Institute for Functional Education), Peer Education Programme “Reflections”. Bergen, New Jersey, USA.

13 Adaptado do exercício “Knots/Giant Knot”, New Games for the Whole Family, Dale N. LeFevre, Rerigree Books, 1988

escreve o seu nome no papel e entrega-o ao facilitador. Este escolhe um dos segredos e de seguida escolhe três membros para integrarem um painel, incluindo a pessoa que escreveu o segredo escolhido, sem revelar qual o segredo. De seguida o facilitador escolhe três juizes e lê o segredo e cada membro do painel tenta convencer o júri e a audiência de que ele é o autor do segredo que foi lido. A pessoa de quem é o segredo não pode faltar à verdade.

Cada juiz dirige uma pergunta a cada membro do painel para determinar a quem pertence o segredo. Depois das respostas, os juizes votam o nome da pessoa que associam ao segredo; só no final a pessoa a quem pertence o segredo se revela.

A outra metade

O facilitador escreve pares de palavras em cartões ou quadrados de papel. Cada cartão deverá ter uma palavra, tal como “cabelo”, tendo um cartão correspondente com a palavra par, tal como “escova”. Outros exemplos de pares de palavras são: marcador – livros, maçaneta – porta, cachorro – quente, bola – neve, saltar – corda, chá - verde. É dado a cada participante um cartão com uma palavra escrita e começa então a procura da pessoa com o cartão complementar.

Levantar em conjunto

Este é um outro exercício de construção de espírito de equipa. Os participantes dividem-se em pares. Cada par senta-se no chão com as costas voltadas, dão os braços e tentam levantar-se em simultâneo, ficando com os seus braços ligados todo o tempo. Depois de terem feito isto, os pares associam-se em 3, depois em 4 e assim sucessivamente até que todo o grupo tenta fazê-lo em conjunto.

Querido(a), eu amo-te

Este exercício é uma boa forma de introduzir algum divertimento e riso num workshop. O grupo senta-se em círculo ficando uma pessoa ao centro. A pessoa ao centro aborda alguém do grupo e diz “Querido(a), amo-te, podes rir por favor?” Essa pessoa tem de responder sem sorrir ou rir. A pessoa a quem foi feita a pergunta diz: “Querido(a), eu também te amo, mas não posso sorrir”. Se o participante responder desta forma sem se rir, então a pessoa que está no centro deve dirigir-se a outro participante e fazer a mesma pergunta. O objectivo é sair do centro dizendo: “Querido(a), eu amo-te, podes sorrir por favor?” da forma mais divertida possível para

que a pessoa a quem é feita a pergunta responda a sorrir ou a rir.

Corrida do preservativo

Esta é uma boa forma de testar o conhecimento dos participantes sobre a colocação dos preservativos. Depois de terem sido ensinados sobre como colocar correctamente um preservativo, o grupo é dividido em duas equipas. A cada pessoa é dada uma embalagem com preservativos. As equipas concorrem entre si para colocar de forma correcta, o seu preservativo num modelo anatómico. Se alguém fizer alguma coisa de errado, é-lhe dado outro preservativo e tem de começar tudo de novo.

Palavra-chave para um sexo mais seguro¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶

Esta é uma boa forma de ajudar os participantes a lembrarem-se de palavras-chave relacionadas com o sexo seguro e a prevenção do VIH/SIDA. O grupo divide-se em dois grupos que se sentam frente a frente. Mostra-se a palavra-chave a um grupo, uma palavra relacionada com o sexo seguro e que é escolhida pelos facilitador. O objectivo do grupo ao qual é mostrada essa palavra é o de tentar que o outro grupo a descubra, dando-lhe duas ou três palavras que sirvam de pista sem, porém, revelarem qual é a palavra-chave. Uma pessoa dá uma pista e a pessoa do outro grupo que está à sua frente tenta adivinhar a palavra. Se tiver errado, a pessoa a seguir àquela que a pista, fá-lo novamente e a que se encontra à sua frente tenta descobrir. O jogo continua a desenrolar-se desta forma até que a palavra seja descoberta. Algumas das palavras que se podem utilizar como pista são: membranas mucosas, clítoris, pénis, preservativo, SIDA, etc.

Comboio

Os participantes formam duas ou três filas. Todos têm de fechar os olhos, à excepção do último participante que dá as orientações. Se ele/ela aperta os ombros da pessoa que está à frente, isso significa que eles devem continuar a direito, se tocar no ombro esquerdo, significa que deverão virar à esquerda, se o fizer no ombro direito, significa que deverão virar à direita. Todos os participantes fazem isto à pessoa que está à sua frente e precisam de ter atenção para não chocar contra o(s) outro(o) comboio(s).

14 Adaptado de um conceito usado no High Risk Adolescent Project “H-RAP” Curriculum of Westover Consultants in Washington DC. USA.

15 Adaptado de Zielony, R. & Tunick, R., Peer Education Manual, 92 nd St. Y NYC, 1996.

16 Peer Education TOT Manual, 2003 Y-Peer UNFPA, UNICEF, UNESCO, WHO.

Glossário

Glossário

A

Aborto: interrupção voluntária ou involuntária da gravidez. O aborto induzido (voluntário) é utilizado para pôr fim a uma gravidez já estabelecida; pode ser feito com medicação ou cirurgicamente.

A maioria dos abortos espontâneos (involuntários) – cerca de 90% - ocorrem durante o primeiro trimestre da gravidez.

Abstinência: ausência de relações sexuais por vontade própria. Uma relação sexual pode ser entendida de forma diferente por pessoas diferentes. Algumas pessoas entendem que uma relação sexual envolve apenas a penetração do pénis na vagina; outras pessoas incluem neste conceito práticas como o sexo oral, sexo anal e preliminares.

Abstinência periódica: ausência de relações sexuais durante determinado período de tempo. Os casais evitam as relações sexuais durante o período fértil do ciclo menstrual. A eficácia deste método depende da capacidade do casal em identificar o período fértil e da motivação/disciplina para praticar a abstinência quando necessário.

Aconselhamento: processo de comunicação biunívoco no qual uma pessoa ajuda outra a identificar as suas necessidades, em termos de saúde sexual e reprodutiva, e tomar decisões responsáveis e conscientes. O aconselhamento é caracterizado por uma troca de informação, discussão, reflexão e deliberação.

Aconselhamento e diagnóstico voluntários (ADV): processo através do qual uma pessoa inicia o aconselhamento que lhe permite fazer uma escolha informada sobre a realização do teste do VIH. Esta decisão deve ser inteiramente da escolha da pessoa que terá de ter a certeza de que o processo é confidencial. O ADV tem um papel vital a desempenhar no âmbito de uma variedade compreensível de medidas para a prevenção e cuidados do VIH, e deveria ser promovido. Os benefícios potenciais do ADV para as pessoas incluem: uma melhoria do estado de saúde através do aconselhamento nutricional e o acesso mais atempado aos cuidados e prevenção/tratamento das infecções/doenças relacionadas com o VIH; apoio emocional; melhor capacidade para lidar com a ansiedade relacionada com o VIH; consciência

das opções para a prevenção da transmissão vertical de infecções/doenças; e, motivação para iniciar ou manter um comportamento sexual mais seguro e minimização dos danos associados ao uso de drogas. Outros benefícios incluem a doação segura de sangue.

Adolescência: período de transição da infância para o estado adulto. Este processo comporta fases distintas: puberdade, com predomínio das alterações físicas; adolescência propriamente dita, com predomínio das alterações psicológicas; e, juventude que compreende o processo de mudanças para a inserção social. A Organização Mundial de Saúde usa o intervalo dos 10 aos 19 anos para definir a idade da adolescência, subdividindo a adolescência primária – dos 10 aos 14 anos – e a adolescência tardia – dos 15 aos 19 anos.

Advogar/Advocacy: é o termo usado para descrever diferentes formas de construir apoio político, público e financeiro para um tema ou causa específica. Advogamos para aumentar o apoio para uma causa e influenciar outros, a construir um ambiente favorável e em simultâneo tentar promover um quadro legislativo coerente e adequado a esse facto, o que implica promoção, defesa e visibilidade. Campanha ou delineação de estratégias que visam contribuir para alterar propostas e medidas de política, posicionamentos, ou programas em qualquer sector institucional. Significa defender, recomendar ou apelar a favor de uma ideia perante outras.

Assintomático: estado no qual não existem sinais e/ou sintomas de determinadas infecções/doenças, por exemplo, quando uma pessoa está infectada pelo VIH e não apresenta qualquer sinal/sintoma.

Avaliação: estudo no qual podem ser utilizados vários tipos de técnicas de recolha e análise de informação, no sentido de determinar se um programa está a implementar as actividades planeadas e se está a atingir os objectivos propostos através dessas mesmas actividades.

B

Barras de Látex: são folhas quadradas de látex, material muito semelhante ao dos preservativos. Foram inicialmente produzidas para os doentes de

estomatologia, pois serviam para evitar que fragmentos de materiais usados durante as intervenções caíssem na garganta. São também utilizadas para cobrir a vulva durante a prática de sexo oral de forma a reduzir/evitar o risco das infecções sexualmente transmissíveis.

Bissexual: orientação sexual na qual a pessoa é atraída por pessoas do mesmo sexo e do sexo oposto.

C

Capacidade de negociação: capacidade necessária para conseguir comunicar e ser assertivo relativamente às suas necessidades, por exemplo, a capacidade de negociar com o parceiro o uso do preservativo.

Capacidade de recusa: capacidade de dizer “não” quando alguém tenta encorajar uma pessoa a fazer algo que não tem vontade.

Célula T-HELPER: célula cd4 essencial ao sistema imunitário; célula atacada pela infecção do VIH.

Confidencialidade: informação ao dispor de uma pessoa e não disponibilizada a outros, a não ser sob autorização da pessoa a quem essa informação diga respeito.

Contraceção: métodos utilizados para prevenir uma gravidez.

Contraceção de Emergência: método contraceptivo a que se pode recorrer depois de uma relação sexual em que não foi utilizada contraceção ou quando existe falha no método contraceptivo utilizado regularmente, como por exemplo, o rompimento de um preservativo ou falha na toma da pílula. Existem dois tipos de contraceção de emergência: hormonal, também conhecida por “pílula do dia seguinte” que deve ser tomada até 120 horas seguintes à relação sexual, e o Dispositivo Intra-Uterino de cobre (DIU) ou aparelho. Este deve ser colocado por um/a ginecologista até cinco dias após a relação sexual e actua ao impedir que a nidação ocorra (implantação do óvulo fecundado no útero).

Contraceção hormonal: Métodos sistémicos de contraceção constituídos por progesterona combinada com um estrogénio ou uma progesterona isolada. Os métodos oferecidos incluem comprimidos, injeções,

implantes e o sistema intra-uterino (SIU). Todos eles são reversíveis.

Contraceção oral (CO): Veja **Contraceção Hormonal**

D

Discussão em focus grupo: método qualitativo de investigação utilizado para estabelecer as razões pelas quais as pessoas se comportam de determinadas formas. A técnica envolve normalmente discussões aprofundadas com pequenos grupos de pessoas (8 – 10). Um moderador promove a discussão em grupo lançando tópicos específicos que são importantes para um projecto ou actividade futura e em seguida encoraja uma troca de ideias e sentimentos livre e aberta.

Dispositivo intra-uterino (DIU): método de contraceção de longo prazo e reversível que envolve a inserção no útero de um dispositivo pequeno e flexível, feito de cobre e/ou plástico.

Dupla protecção: protecção de uma gravidez não desejada e das infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH. A protecção dupla pode ser conseguida utilizando o preservativo associado a outro método de contraceção. É particularmente relevante quando as intervenções são focadas em grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade, tais como os jovens, pessoas envolvidas em actividades prostitutas, etc.

E

Educação sexual: educação sobre todas as matérias que tenham a ver com a expressão da sexualidade, tais como, processos reprodutivos, puberdade e comportamento sexual, contraceção, protecção face a infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/SIDA, as relações, parentalidade, as atitudes face à sexualidade, os papéis sexuais, as relações de género e as pressões sociais de se ser sexualmente activo(a), prevenção de violência, comportamentos de risco e pedidos de ajuda, entre outros. Este tipo de educação oferece informação sobre os serviços de saúde sexual e reprodutiva. Pode incluir também formação para a obtenção de capacidades de comunicação e de tomada de decisão.

Epidemia: doença infecciosa que se espalha rapidamente por muitas pessoas numa cidade, região ou país.

Equidade de género: aplicação da justiça em todos os assuntos de género. Isto aplica-se tanto à composição das estruturas de poder como à divisão social do trabalho. Insistir na igualdade absoluta dos números pode não ser sempre equitativo. Na área da saúde reprodutiva, onde as mulheres suportam a maior parte dos custos, perigos e esforços (físico, mental, social, económico), é normalmente considerado justo que as mulheres devam controlar uma maior proporção do processo de tomada de decisão. As oportunidades iguais para as mulheres e para os homens requerem que ambos tenham desde o início um estatuto e um acesso igual ao conhecimento e aos recursos, portanto, pode ser necessário em alguns processos utilizar a chamada discriminação positiva.

Escolha Informada: decisão voluntária de uma pessoa utilizar ou não um método contraceptivo (ou aceitar um serviço de saúde sexual e reprodutiva) depois de ter recebido informação adequada relativamente às opções, riscos e benefícios de todos os métodos disponíveis. O exercício de ter direito ao acesso ao planeamento familiar como direito à tomada de decisões responsáveis e informadas sobre a gestação, requer uma informação completa sobre os benefícios, propósitos e prática do planeamento familiar e das consequências pessoais, familiares e sociais do comportamento reprodutivo individual.

Espectro Viral: medida que avalia a quantidade de vírus no organismo, num determinado momento. O teste é, por vezes, usado para ter uma ideia do que está a acontecer no sistema imunitário da pessoa, se esta é portadora da infecção provocada pelo VIH.

Espermicida: contraceptivo químico inserido na vagina antes da penetração. Os espermicidas são mais eficazes quando usados em conjunto com outros métodos contraceptivos, tais como, o preservativo ou o diafragma. Este método pode também oferecer uma protecção limitada/reduzida contra as infecções sexualmente transmissíveis. Em algumas mulheres pode provocar alguma irritação, podendo esta situação levar a uma maior vulnerabilidade de contrair infecções. Os espermicidas estão disponíveis sob várias formas: cremes, gel, espumas e cones. Alguns preservativos contêm espermicida. Veja também Nonoxynol 9.

Esterilidade: incapacidade total e permanente para procriar.

F

Fecundidade: processo que consta da penetração de um espermatozóide num óvulo e que habitualmente ocorre nas Trompas de Falópio; capacidade fisiológica de uma mulher ou homem conceberem. Veja também fertilidade.

Fluído Pré-ejaculatório: durante a fase de excitação, após a erecção, o pénis liberta um fluido. Serve de lubrificante da uretra, de forma a facilitar a expulsão do esperma durante a ejaculação. Este líquido/fluído pode conter espermatozóides, pelo que o seu contacto com a vulva pode originar uma gravidez.

Fertilidade: capacidade biológica da reprodução.

G

Gay: homossexual masculino.

Género: palavra utilizada para designar questões de identificação social associadas ao sexo de uma pessoa, tanto masculino como feminino. Para além desta, existem outras definições que levam a uma compreensão mais profunda do termo. "Identidade de género" é a forma como as pessoas se identificam a elas próprias, em que incluem sentimentos pessoais e o julgamento que fazem sobre quem são.

H

Heterossexualidade: atracção sexual por parceiros do sexo oposto.

Homens que têm sexo com homens (HSH): Relativo a qualquer homem (gay, bissexual ou heterossexual), que por qualquer razão e em algum momento se envolva sexualmente com outro homem.

Homossexualidade: atracção sexual por pessoas do mesmo sexo.

I

Idade Reprodutiva: intervalo de idades no qual as pessoas são capazes de procriar. A expressão pode ser aplicada a homens e a mulheres. O intervalo entre os 15–49 anos de idade é o mais considerado, sendo que o de intervalo de 15–44 é frequentemente reconhecido.

Igualdade de Género: igual representação de mulheres e homens. A igualdade de género não implica que os homens e as mulheres sejam considerados iguais, mas sim que têm igual valor, que devem ser tratados da mesma forma e ter os mesmos direitos e oportunidades.

Imunodeficiência: quebra ou incapacidade de funcionamento de certas partes do nosso sistema imunitário que tornam uma pessoa mais vulnerável a determinadas infecções/doenças que, numa situação normal, não se desenvolveriam.

Indicador: medida que pode ser registada, coleccionada e analisada de forma a permitir a medição de um conceito complexo, de tal forma que o/a investigador/a (ou gestor/a) possa estabelecer uma comparação entre os resultados obtidos e os resultados esperados.

Infertilidade: É definida como a incapacidade das pessoas e/ou casais, que têm relações sexuais sem contraceção, de iniciar uma gravidez num determinado período de tempo. A infertilidade pode ter várias causas e soluções.

Informação, Educação e Comunicação (IEC): programa que assegura que os “clientes” ou “potenciais clientes” dos serviços de saúde sexual e reprodutiva tenham acesso a meios que lhes permitam tomar decisões responsáveis sobre a gestação e a sua saúde sexual e reprodutiva. A **informação** envolve a produção e divulgação de informação genérica e técnica, factos e assuntos, de modo a criar consciência e conhecimento. A **comunicação** é um processo planeado que visa motivar as pessoas a adoptarem ou a manterem atitudes e comportamentos saudáveis, enquanto a **educação**, tanto formal como informal, é um processo de facilitação da aprendizagem que permite aos que estão a aprender a tomada de decisões responsáveis e informadas.

L

Lésbica: mulher homossexual

Linfadenopatia: inflamação dos gânglios linfáticos (normalmente no pescoço, atrás das orelhas, virilhas ou axilas), que indica que o sistema imunitário está a desenvolver uma resposta a uma infecção ou a uma doença.

M

Membranas Mucosas: tecidos rosados e húmidos que forram seis orifícios corporais: olhos, nariz, boca, ponta do pénis (tracto urinário), vagina e ânus.

Métodos Barreira: métodos que evitam a gravidez através de um bloqueio físico ou químico da entrada do esperma na cavidade uterina. Alguns destes métodos, em particular o preservativo, ajudam a prevenir infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH. Os métodos barreira incluem capas cervicais, preservativos masculinos e femininos, diafragmas, espermicidas e espumas.

Microbicidas: a palavra “microbicida” refere-se a uma variedade de produtos diferentes que têm uma característica comum: a capacidade de evitar a transmissão sexual de VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) quando aplicados topicamente. Um microbicida pode ser produzido em diferentes formas, incluindo gel, creme, supositórios, esponja ou anel. Alguns dos microbicidas que estão a ser investigados previnem a gravidez, outros não. Actualmente, não estão a ser comercializados.

Monitorizar: acompanhamento contínuo das actividades que assegura que estas se estão a realizar de acordo com o plano e que estão distribuídas, e/ou que assinala uma necessidade do seu reajustamento. A monitorização segue e regista os resultados obtidos, a utilização das pessoas, de fornecimentos e equipamentos, e o dinheiro dispendido relativamente aos recursos disponíveis, de modo a que se alguma coisa correr mal se possam adoptar rapidamente medidas de correcção.

Monogamia: uma pessoa tem um único parceiro sexual durante um determinado período de tempo.

Mutilação Genital Feminina (MGF): todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos femininos ou que provoquem lesões dos

mesmos tendo por base razões culturais ou fins não terapêuticos.

N

Nonoxynol 9: espermicida que ajuda a evitar uma gravidez quando usado como método barreira, mas que não protege contra infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH. Por vezes, o uso frequente desta substância pode irritar o interior da vagina e o ânus e, subseqüentemente, aumentar o risco de contrair uma IST.

P

Pandemia: epidemia que afecta vários países.

Papéis do Género: dentro das culturas, existem “papéis do género” os quais são considerados tipicamente femininos ou masculinos. Os atributos considerados típicos do género feminino ou masculino podem ser claros em muitas culturas, ou partilhados por ambos, noutras.

Período Janela: período entre o momento de infecção e o momento em que podem ser detectados anticorpos através de um teste sanguíneo. O período janela para o VIH pode durar até três meses, no entanto, o vírus pode ser detectado mais cedo.

Planeamento Familiar: conjunto de acções e cuidados de saúde a que todas as pessoas têm direito, de forma gratuita, independentemente do seu sexo, idade ou estado civil. O objectivo principal do planeamento familiar é ajudar as pessoas a viverem a sexualidade de forma gratificante, sem receio de gravidezes não desejadas e a planearem o nascimento dos seus filhos. De uma forma geral, o planeamento familiar contribui para a saúde da mulher, das crianças, dos homens e da família.

Precauções Universais: precauções comuns – por parte dos profissionais de saúde, em escolas e noutros locais – de forma a prevenir infecções geradas pelo contacto sanguíneo, lidando com as pessoas como se todas fossem potenciais portadoras de infecções (exemplo: uso de luvas protectoras).

Preservativo: método de barreira que, quando usado correctamente, evita uma gravidez e também o contágio de infecções que se transmitem por via sexual, incluindo o VIH/SIDA. Existem dois tipos de preservativo: o preservativo masculino constituído por látex ou poliuretano, que é colocado no pénis quando

este fica erecto; e, o preservativo feminino constituído por poliuretano ou latex que é colocado no interior da vagina, ficando o aro no exterior, sob a vulva.

Prostituta/o: pessoa que se envolve numa actividade sexual com outra pessoa em troca de dinheiro, bens e/ou droga. O termo inclui aqueles que ganham dinheiro através do trabalho sexual e numa base regular, assim como aqueles que o fazem, casualmente, informalmente ou esporadicamente. Prostitutas/as podem ser homens, mulheres ou transgéneros; podem ser adultos, adolescentes e crianças. O termo “prostituto/a” é considerado preconceituoso em algumas culturas, por isso, pode ser preferível utilizar outra designação como “trabalhador do sexo” ou “trabalhador do comércio sexual”.

Q

Questionário de Conhecimento, Atitudes e Prática (CAP): questionário realizado junto de um grupo alvo para estabelecer o nível de conhecimento (por exemplo, informação sobre saúde sexual e reprodutiva), as atitudes prevalentes (por exemplo, relativamente ao uso de protecção, à actividade sexual), e a situação actual relativamente ao comportamento efectivo (tal como o uso de contracepção).

R

Redução do Risco: técnicas ou estratégias que podem ser usadas de modo a reduzir o risco de transmissão de uma doença infecciosa. A utilização do preservativo constitui uma técnica de redução de risco da transmissão sexual de várias infecções sexualmente transmissíveis.

Regulação da Fertilidade: processo através do qual uma pessoa ou um casal regula a sua fertilidade. Os métodos utilizados incluem, entre outros, atrasar a gestação, usar contracepção, obter tratamento para a infertilidade, interromper gravidezes não desejadas.

Remoção/Coito Interrompido: um método de planeamento familiar antigo que confia na capacidade masculina de retirar o pénis da vagina antes da ejaculação. Este continua a ser um método comum em muitos países. É um método muito pouco eficaz na prevenção de uma gravidez ou de uma IST (ver fluido pré-ejaculatório).

Resistência: alguns vírus desenvolveram, ou irão desenvolver, uma barreira a certos medicamentos. Se,

por exemplo, alguém tem um vírus resistente à estirpe AZT do VIH, ele/a necessitam de usar uma medicação diferente para ajudar a combatê-lo.

Resistência aos medicamentos: quando um microorganismo (vírus, bactéria, etc.) não é afectado por determinada medicação. Isto pode acontecer ao longo do tempo, mesmo depois do medicamento ter sido eficaz, ou seja, quando alguém interrompe o uso de determinado medicamento durante um período, o microorganismo reproduz-se de tal forma que não consegue ser afectado pela “droga”. Uma pessoa pode também ter sido infectada por uma estirpe já resistente ao medicamento (se essa for a natureza da fonte da infecção).

S

Secreção Vaginal: saída de um fluído ligeiramente viscoso pela vagina.

Sémen (esperma): líquido esbranquiçado que contém espermatozóides (células reprodutoras masculinas) produzido nos testículos e segregado através do órgão genital masculino.

Seropositivo: resultado positivo a um teste sanguíneo para detecção de uma infecção/doença, por exemplo, o termo aplicado a um teste sanguíneo onde os anticorpos do VIH foram encontrados. Se alguém for diagnosticado como seropositivo, isso sugere que a pessoa está infectada.

Sexo Anal: relação sexual em que o pénis penetra o ânus.

Sexo não Seguro: práticas sexuais sem a utilização de protecção às infecções sexualmente transmissíveis - sexo oral, vaginal ou anal sem uso de preservativo ou barras de látex; pode incluir masturbação mútua, *fisting*; *analingus* (sexo oral-anal, sem o uso de protecção adequada); e a partilha de acessórios sexuais que não tenham sido previamente esterilizados ou não cobertos por um preservativo. Durante o sexo não seguro os fluídos que podem transmitir o VIH são fluídos pré-ejaculatórios, esperma, fluído vaginal e/ou sangue.

Sexo Oral: prática sexual durante a qual existe um contacto entre a boca e os genitais, por exemplo, *fellatio* (a boca que estimula/acaricia o pénis) e *cunnilingus* (a boca que estimula/acaricia a vagina).

Sexo Seguro: toda a prática sexual que tenha como objectivo reduzir o risco de transmissão do VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis. Comportamentos sexuais seguros incluem o uso correcto e sistemático de preservativo, bem como em situações específicas a opção informada pela abstinência sexual.

Sexo Vaginal: relação sexual durante a qual o pénis penetra a vagina.

Síndrome: combinação de sintomas de certas doenças que, em conjunto, tende a demonstrar uma entidade de doença particular. A SIDA é uma síndrome e não uma doença simples, uma vez que, quando uma pessoa tem SIDA pode apanhar uma variedade de doenças porque o sistema imunitário se encontrar enfraquecido.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA): causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Acredita-se que quase toda a gente infectada com o VIH desenvolverá eventualmente a SIDA uma vez que o sistema imunitário é progressivamente enfraquecido pelo VIH.

T

Terapia Anti-Retroviral Muito Activa (TARMA): nome dado a regimes de tratamento recomendados pelos principais especialistas de VIH que suprimem agressivamente a reprodução viral e o progresso da doença do VIH.

Teste Rápido: existem diversas formas de realizar um teste rápido ao VIH que permitem a uma pessoa obter os resultados num prazo mais curto do que os dos testes normais. Alguns envolvem tirar sangue, recolher uma amostra do muco oral ou de urina. Porém, os resultados dos testes rápidos, se forem positivos, são preliminares e têm de ser seguidos de um teste de confirmação mais completo.

Transmissão vertical/Transmissão de Mãe para Filho (TDMF) : transmissão de uma infecção/doença de uma mulher para o seu filho durante a gravidez, parto e/ou amamentação.

V

Vagina: órgão sexual feminino que conta com um canal cuja abertura fica no centro da vulva e que se estende até ao colo do útero.

Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH): vírus que

causa SIDA (destrói gradualmente o sistema imunitário, tornando-o vulnerável, enfraquecendo as defesas do organismo face a agressões externas). Existem dois tipos de vírus: VIH1 e VIH2. Mundialmente, o vírus predominante é o VIH1. O VIH2 demonstrou uma maior prevalência na África Central e Ocidental. Ambos os tipos de vírus são transmitidos através do contacto sexual, de sangue infectado (incluindo infecção através de equipamento de injeção de droga não esterilizado) e da mãe para o filho (tanto antes como durante o nascimento ou através da amamentação), e parecem causar SIDA. Porém, o VIH2 é transmitido-se menos e o período entre a infecção inicial e a doença é mais longo. É-se seropositivo a partir do momento que se é infectado, mas só se tem SIDA quando o sistema imunitário começa

a ficar debilitado e a pessoa começa a manifestar sinais e/ou sintomas de doenças oportunistas (tuberculose, pneumonia, linfoma, sarcoma de Kaposi, etc.).

VIH Negativo (VIH-): Inexistência comprovada de anticorpos de VIH no sangue de alguém sujeito a testes de sangue específicos.

VIH Positivo (VIH+): Existência comprovada de anticorpos de VIH no sangue de alguém sujeito a testes de sangue específicos.

Recursos

Recursos

Websites

www.advocatesforyouth.org
www.ambientejuven.org
www.apf.pt
www.catholicsforchoice.org
www.cig.gov.pt
www.europeer.org
www.fhi.org
www.idt.pt
www.inr.pt
www.ipad.mne.gov.pt
www.ippf.org
www.juventude.gov.pt
www.mobileaids.org
www.sida.pt
www.siecus.org
www.thebody.com
www.unfpa.org
www.unicef.org
www.unric.org
www.youthaids.org
www.youthHIV.org
www.youthpeer.com/resources.htm#guidelines
www.youthpeer.org
www.youthresource.com
www.youthshakers.org

Livros e Publicações

- International Planned Parenthood Federation (IPPF), *Peer Education: Successfully Promoting Youth Sexual and Reproductive Health, Guidelines* (London: IPPF Vision 2000 Funds, 2002).
- A Brodala and J Mulligan, *The PeerAid Book, Approaches to Setting Up and Running Young People's Peer Education Projects* (London: SV Education for Citizenship, 1999).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Peer Education. A Manual for Practitioners* (Cologne: BZgA, 2001).
- D Flanagan and H Mahler, *How to create an effective peer education project: guidelines for prevention projects* (Durham, NC:FHI, 1996).
- International Planned Parenthood Federation (IPPF), *The Peer Education Approach in Promoting Youth Sexual and Reproductive Health: Lessons Learned* (London: IPPF Vision 2000 Funds, 2001).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), *Peer Approach in Adolescent Reproductive Health Education: Some Lessons Learned* (Bangkok: UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education, 2003).

- Associação para o Planeamento da Família (APF), *Crescer: adolescência- a idade das mudanças explicada por quem já a viveu*.
- Associação para o Planeamento da Família (APF), *Passaporte Imigrante (2007)*.
- Associação para o Planeamento da Família (APF), *Questões sobre gravidez (2007)*.
- Associação para o Planeamento da Família (APF), *Rapazes(2007)*.
- Associação para o Planeamento da Família (APF), *Raparigas(2008)*.
- Alice Frade e António Manuel Marques, *Abusos sexuais em crianças e adolescentes* (APF 1997)
- António Manuel Marques, Duarte Vilar, Fátima Forreta, *Educação Sexual no 1º ciclo: um guia para professores e formadores* (Texto Editores 2006).
- Alice Frade, António Manuel Marques, Célia Alverca, Duarte Vilar, *Educação sexual na escola: guia para professores, formadores e educadores* (Texto Editores 1992).
- *Kit Contraceptivo* (APF 2008).

Contactos úteis

Associação para o Planeamento da Família
Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva
www.apf.pt

APF Sede Nacional
Rua Artilharia Um, nº 38, 2º dto | 1250-040 Lisboa
T. +351 21 385 39 93 | F. +351 21 388 73 79
apfsede@apf.pt

APF Açores
Av. Antero de Quental, Edif. CTT, 9C 2º andar sala 2.13
9500-160 Ponta Delgada
T./F. +351 296 28 51 99 | apfacores@apf.pt

APF Alentejo
Bairro da Cruz da Picada lote 33 loja 2
7000-772 Évora
T. +351 266 746 855 | apfalentajo@apf.pt

APF Algarve
Edifício Ninho de Empresas- Estrada da Penha
8000-273 Faro
T. +351 289 880 570 | apf Algarve@apf.pt

APF Centro
Avenida Fernão de Magalhães, 151- 2º A
3000-176 Coimbra
T. +351 239 825 850 | apfcentro@apf.pt

APF Lisboa, Tejo e Sado
Rua Artilharia Um, nº 69, 1º
1250-038 Lisboa
T.+351 21 383 23 92 | apflisboa@apf.pt

APF Madeira
Rua da Vargem- 30 r/c
9000-705 Funchal
T. +351 291 766 089 | apfmadeira@apf.pt
APF Norte
Rua Arnaldo Gama, nº 64- 2º
4000-049 Porto
T. +351 22 208 58 69 | apfnorte@apf.pt

Sexualidade em Linha – 808 22 2003
2ª a 6ª feira das 10h às 19 h e Sábado das 10h às 17
h
Linha Opções – 707 2002 49
2ª a 6ª feira das 12 às 20h

Anexos

Anexo 1

Contrato de *workshop* de formação de educação pelos pares¹

As seguintes regras base foram definidas por um grupo de participantes num *workshop* organizado pela IPPF-Europa.

Como membro desta formação, eu assumo o compromisso em fazer o meu melhor para cumprir as seguintes regras:

- Respeitar os/as colegas.;
- Fazer afirmações na primeira pessoa (Eu);
- Ser pontual;
- Não fumar durante o período de trabalho (mesmo que estejamos a trabalhar num espaço exterior);
- Ouvir as outras pessoas;
- Recordar que não existem questões “certas” ou “erradas”;
- Fazer parte do grupo;
- Não utilizar telemóvel;
- Respeitar a confidencialidade;
- Não expressar ou agir de acordo com preconceitos;
- Não desvalorizar as outras pessoas;
- Respeitar e tirar partido do direito de “passar a vez” quando apropriado;
- Não demonstrar com o olhar avaliação ou reprovação sobre aquilo que alguém diz ou faz;
- Respeitar o direito de todos à diferença;
- Seguir os meus sentimentos;
- Regra do pedir “desculpa (se sentir que magoou ou ofendeu alguém) e de expressar que se sente

ofendido (se se sentir magoado/a ou ofendido/a) por alguém”;

- Comunicar de forma simples e clara, compreensível por parte de todos os participantes;
- Falar uma pessoa de cada vez.

Para além disso:

- Eu comprometo-me a levar a sério esta formação inter-pares;
- Eu comprometo-me a estar consciente da minha responsabilidade neste trabalho;
- Eu comprometo-me a participar activamente;
- Eu comprometo-me a não ofender ninguém e a pedir desculpa se necessário;
- Eu comprometo-me a tentar não expressar qualquer preconceito pessoal;
- Eu comprometo-me a tentar ultrapassar qualquer preconceito pessoal;
- Eu comprometo-me a sugerir em vez de impôr;
- Eu comprometo-me a tentar ser tolerante com as outras pessoas;
- Eu compreendo que a assiduidade é um pressuposto da acção de formação, do trabalho e das actividades, e que as faltas sucessivas poderão colocar em questão a minha capacidade para continuar a integrar este programa;
- Eu tentarei ser um bom elemento da equipa enquanto participante deste programa;

.....

Data

(Por favor, escreva o seu nome acima)
(Assinatura acima)

Testemunhado por.....

Data.....

Anexo 2

Formulário de Avaliação (exemplo)¹

Este tipo de formulário constitui um exemplo de uma avaliação de actividades específicas e o seu valor percebido por parte dos participantes.

Data..... Local.....

Local do *workshop*..... Quantos dias participou?.....

De que forma considerou útil os seguintes exercícios de formação?

	Nada útil	Um pouco útil	De alguma forma útil	Muito útil	Excelente
1. Preparação					
2. Exercício Quebra-gelo com palavras sinónimas de sexo					
3. O que fazer e o que não fazer: orientações para o <i>workshop</i>					
4. Chuva de ideias/ <i>Brainstorming</i>					
5. Testemunho pessoal – pessoa convidada ou filme					
6. VIH/SIDA					
7. Teatro, actuação ou <i>role playing</i>					

¹ Zielony, R. Draft desenvolvido no contexto de um International Workshop Development para a UNFPA e outras organizações – 2003.

Anexo 3

Questionário pré – formação (exemplo)

Este é um exemplo actualizado de um questionário usado com uma comunidade Bucharian na cidade de Nova Iorque.

Questionário anónimo sobre o VIH/SIDA e a sexualidade

A. É masculino ou feminino? Masculino Feminino

B Que idade tem? (faça um círculo na idade correspondente) 12 13 14 15 16 17 18 19 20 mais do que 20

.....
1. O período médio entre a infecção do VIH e o aparecimento de sinais e sintomas é de mais de oito anos.

Verdadeiro Falso Desconheço

2. A vaselina e o óleo estragam o látex dos preservativos.

Verdadeiro Falso Desconheço

3. Por favor, coloque um X em todos os fluidos corporais que transmitem o VIH/SIDA:

Sangue	Leite materno	Saliva	Sémen
Suor	Lágrimas	Urina	Fluido vaginal

Neste questionário, a relação sexual significa penetração vaginal ou penetração anal.

4. Não é problema os rapazes/homens da minha idade terem relações sexuais.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

5. Não é problema as raparigas/mulheres solteiras da minha idade terem relações sexuais.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

6. Os meus amigos pensam que não há problema em rapazes solteiros da minha idade terem relações sexuais.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

7. Os meus amigos pensam que não há problema em raparigas solteiras da minha idade terem relações sexuais.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

8. Não há problema em pessoas solteiras da minha idade terem sexo oral.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

9. A excitação sexual sob o efeito de álcool ou de droga pode aumentar o risco de contrair o VIH/SIDA ou infecções sexualmente transmissíveis.

1 Concordo em absoluto 2 Concordo 3 Discordo 4 Discordo em absoluto

10. Se a Clamídia não for tratada, o que pode causar numa mulher?

.....

11. Se uma universidade tiver 2 000 estudantes, quantas escolas seriam necessárias para receber todos os rapazes e raparigas que contraem uma infecção sexualmente transmissível neste país num ano?

1 5 10-20 21-30 31-40 50 ou mais

Anexo 4

Exemplos de jogos e exercícios recomendados para educadores/as inter-pares

Organizar o trabalho de grupo

1. Uma discussão sobre:

Quais são os obstáculos à afirmação dos direitos das pessoas que são seropositivas e/ou que vivem com a SIDA- se o grupo parecer estar retraído, o facilitador pode estimular a discussão colocando questões sobre quais os direitos que existem à data/que deviam existir relativamente ao casamento, emprego, parentalidade, confidencialidade, acesso a medicação, etc.

2. Um *workshop* sob o tema “Cria o teu próprio *slogan*”.

Objectivo: perceber o preconceito e a discriminação relativamente às pessoas seropositivas e à SIDA.

Materiais necessários: quadro, canetas de cor e cartões em branco (para os participantes colocarem ao peito)

Tempo necessário: cerca de 30 – 40 minutos, dependendo do tamanho do grupo

O que é que o educador deve fazer?

1. Dividir o grupo em subgrupos e pedir a cada subgrupo que faça um *brainstorming* sobre o tema “O que é que as pessoas necessitam de saber sobre o VIH e sobre SIDA de forma a protegerem-se a elas próprias e a outras pessoas da infecção. Além disso, pode perguntar “De que forma é que as pessoas são discriminadas relativamente ao VIH/SIDA?”.
2. Pedir a cada subgrupo para escrever todos os *slogans* que identifiquem ou criem e que tenham a ver com discriminação.
3. Quando várias ideias tiverem já sido anotadas no quadro, o educador deve pedir a cada participante para escolher uma delas e escrevê-la no seu cartão.
4. Perguntar qual o *slogan* que parece ser mais eficaz e porquê e o que é que pensam que iria acontecer se o usassem em público durante vários dias.
5. Solicitar voluntários para usar em público os cartões ou *pins* com a frase escolhida e, preparar-se para discutir as reacções no encontro seguinte.

3. Desempenho de papéis

Objectivo: Descobrir e discutir “Porque é que algumas pessoas discriminam?”

Situação 1 – O/a responsável de um jardim de infância decide permitir, ou não, o acesso de uma criança àquela instituição.

Uma mulher que está sentada à sua frente deseja que o filho seja aceite nesse jardim de infância. Já ouviu dizer que essa mulher é consumidora de drogas, que tem SIDA e que o seu ex-marido também era toxicodependente seropositivo. Enquanto responsável do jardim de infância, está determinado/a a não deixar que esta criança ingresse na instituição porque assume que a criança está igualmente infectada.

Situação 2 – Guilherme, um aluno do 8º ano. Na turma existe um novo aluno, o Marco que é seropositivo. Eu e o Marco ficámos grandes amigos, ele disse-me que está infectado pelo VIH. Ninguém na escola conhece este facto. Como não sabia o que é que isso significa, perguntei aos meus pais. Não obtive uma explicação sobre o que significa ser seropositivo, mas os meus pais proibiram-me de continuar a ser amigo do Marco. Decidi falar com o Marco sobre o assunto e continuar a ser seu amigo.

4. Jogo: “valores e sentimentos” ou barómetro

Objectivo: uma oportunidade para uma expressão aberta e honesta dos sentimentos e pensamentos.

Número de participantes: Todos.

Tempo necessário: cerca de 15 minutos.

Materiais necessários: uma sala de aula grande e três placares bem visíveis, cada um com uma das seguintes expressões: “Concordo”, “Discordo” e “Não tenho a certeza”

Método utilizado: Quem dirige o *workshop* lê em voz alta uma das afirmações de “Valores e sentimentos” abaixo descritas. Depois, baseando-se nos seus sentimentos sobre a afirmação, cada um dos participantes coloca-se ao lado do placar que representa a resposta por si seleccionada (“Concordo”, “Discordo” ou “Não tenho a certeza”). É então solicitado a alguns participantes para explicarem a sua escolha.

Este mesmo processo é utilizado para as restantes afirmações de “Valores e sentimentos”. Mais tarde deve ser promovida a discussão sobre a forma como as pessoas responderam a todas as afirmações e como é que se sentiram relativamente à sua participação no exercício.

Importante: não existem respostas certas ou erradas; apenas atitudes, valores, sentimentos ou sensações. Além disso, o/a educador/a deve manter-se imparcial enquanto os participantes expressam o seu ponto de vista.

1. Precisamos de tratar as pessoas portadoras de VIH com respeito, dignidade e simpatia.
2. A homossexualidade é uma orientação sexual válida e aceite.
3. A SIDA é transmitida por estrangeiros.
4. Uma pessoa portadora do VIH deve estar registada enquanto tal em instituições do poder local.
5. As pessoas portadoras do VIH devem informar os seus parceiros sexuais sobre a sua condição.
6. Uma mulher grávida portadora do VIH deve abortar.
7. Uma pessoa portadora do VIH não pode trabalhar na área da saúde.
8. As pessoas que vivem com SIDA devem ser isoladas no caso de não seguirem os conselhos médicos.
9. Ninguém se deve preocupar sobre o estatuto serológico a não ser a própria pessoa.
10. Portadores de VIH e seus descendentes não deveriam frequentar as escolas.
11. Os filhos de pessoas portadoras de VIH devem ser retiradas da vivência com os pais.
12. As instituições e pessoas que discriminam as pessoas infectadas com o VIH deveriam ser punidas por lei.

Minuta para relatório de um *workshop* de educação inter-pares

Educadores inter-pares podem utilizar este exemplo de relatório para fornecer às suas organizações informação sobre os *workshops* que apoiaram/realizaram.

Data:

Local de realização:

Instituição(ões) patrocinadora(s)/parceira(s):

Número de participantes: Idade média dos participantes:

Dados demográficos: número de participantes do sexo feminino
número de participantes do sexo masculino.....

Entrega de questionário pré-*workshop*? Sim Não

Entrega de questionário pós-*workshop*? Sim Não

Foi realizada a avaliação do questionário? Sim Não

Pode existir também uma *checklist* (separada ou integrada) dos conteúdos:

VIH/SIDA.....

IST.....

Contraceção.....

Violência de Género.....

Uso abusivo de substâncias.....

O formulário pode ter subsecções mais específicas, tais como:

Informação básica sobre o VIH/SIDA.....

Teste do VIH.....

Técnicas de prevenção.....

Espectro da doença.....

Tratamento.....

Orador convidado.....

Vídeo.....

Resumo do *workshop* (incluindo sucessos e desafios):

Análise dos inquéritos "pré" e "pós" *workshop*.....

Assuntos importantes que surgiram e que devem ser registados.....

Resultados da avaliação do *workshop*.....

Planos de *Follow-up*.....

Educadores/as inter-pares responsáveis pelo *workshop*:

“Não está sozinho/a”

Existem mais de um milhão de pessoas como nós nos Estados Unidos. Não se isolem.

Por Jim Lewis e Michael Slocum, ex–editores da *Body Positive*

Talvez tenha sido diagnosticado como seropositivo muito recentemente, talvez já o soubesse há algum tempo, mas é a primeira vez que procura informação ou apoio. É necessário saber que não está só.

Obter um resultado positivo num teste ao VIH não significa que tenha SIDA, mas provavelmente o VIH é a maior ameaça com que alguma vez se confrontou ao longo da sua vida. Este vírus pode permanecer inactivo no seu corpo durante muito tempo, ou não. Se agora estiver saudável, pode ainda vir a desenvolver algum tipo de problema de saúde relacionado com o VIH. Pode desenvolver SIDA. Permanecem ainda muitas incertezas em torno do VIH e embora não exista actualmente uma “cura” para a infecção, existe tratamento. É importante actualizar a sua informação e fazer escolhas informadas relativamente à sua saúde.

Muitas pessoas portadoras do VIH vivem neste momento vidas felizes e com qualidade. Muitas são saudáveis e não evidenciam qualquer sintoma da doença. Muitas escolhem fazer tratamentos e tomar medicação que possibilitam prolongar as suas vidas. Assim, e face à severidade da doença, existe esperança. Não tem de olhar para o resultado positivo de um teste ao VIH como se de uma sentença de morte se tratasse.

É importante que tenha chegado a esta conclusão. Apesar do choque que possa ter tido devido ao resultado positivo do teste, sentir-se-á melhor se souber que pode aprender algo sobre a doença e decidir o que quer fazer. O facto de se preocupar consigo ao ponto de ter decidido fazer o teste e o facto de estar a ler esta texto demonstram que se preocupa com a sua saúde. Por isso, dê algum crédito a si mesmo(a). Já deu os passos iniciais importantes para cuidar de si e deve contentar-se com esse facto.

Há alguns anos atrás, aqueles que obtiveram resultados positivos ao VIH tinha poucos locais onde pudessem recorrer para procurar apoio. Estas pessoas sentiram-se como se estivessem num terreno pantanoso. Felizmente, muita coisa mudou. Sabemos mais sobre o VIH e foram constituídas muitas organizações em todo o mundo para oferecer informação e apoio a pessoas que vivem com o vírus. Muitas já enfrentaram as dúvidas e questões relativas à vivência com a doença, e muitas se seguirão. Não tem de enfrentar esta situação sozinho(a). Existem muitas pessoas para o(a) apoiar.

A sua Saúde Emocional

Saber que está infectado(a) é com frequência assustador. Mesmo que tenha vindo a suspeitar da doença há já algum tempo, saber que é portador(a) do VIH pode ser uma experiência traumática. A obtenção de um resultado de VIH positivo já levou pessoas a deixar os seus empregos, a escreverem rapidamente o seu testamento e a despedirem-se da família e dos amigos, até descobrirem que não estão doentes e que provavelmente vão viver durante muitos mais anos. É comum percepcionar estes ímpetos como uma sentença de morte imediata, embora isso não represente a verdade.

O que está a sentir agora é perfeitamente normal. Raiva, medo, confusão, adormecimento, ansiedade, depressão – todas são reacções naturais às notícias com que foi confrontado(a). Se já tivesse sabido disto há algumas semanas atrás, podia dar por si a viver um dia normal e, de repente, lembrar-se que é seropositivo(a). É comum que esta recordação lhe surja violenta e rapidamente, vez após vez, de repente e vinda do nada. Não vai enlouquecer se isto acontecer. O seu humor pode variar entre uma tristeza absoluta num momento e uma raiva extrema noutra imediatamente a seguir. Isto também é normal.

O primeiro passo para atravessar esta turbulência emocional é ter consciência daquilo que sente. Não se surpreenda por se ver a viver o dia num estado de choque. Permita-se não sentir nada. As suas emoções voltarão rapidamente. Esta é apenas uma forma de “desligar” para se permitir a capacidade de lidar com o problema.

Se se estiver a sentir zangado(a), não há problema. Este vírus está a ameaçar a sua própria existência. É normal sentir e expressar esta raiva. Se estiver com medo, tome consciência dos seus medos. Está a pensar sobre coisas que amedrontariam qualquer pessoa. É-lhe permitido sentir tudo aquilo que sente. Não seja muito severo (a) consigo nem pense que tem de ser forte. Não tem de ser nada, a não ser você próprio.

Medo da Doença e da Morte

Quase toda a gente tem medo de ficar doente e de morrer. Se for jovem, talvez nem nunca tenha sido confrontado com a morte de alguém próximo. Normalmente, pensamos na morte enquanto algo que acontece quando somos idosos. Talvez nunca tenha realmente considerado a realidade da sua própria morte antes disso. Agora, de repente, é seropositivo(a) e a sua mortalidade torna-se muito real. Pode recear a dor, os hospitais, ou o facto de se tornar menos agradável ao olhar dos outros à medida que a doença e o seu estado físico evoluem.

A sua reacção à ideia de adoecer ou de morrer pode percorrer um de dois caminhos. Pode decidir que definitivamente vai viver e que não existe maneira do vírus o(a) "apanhar". Esta é uma reacção denominada de "negação" – recusar enfrentar algumas possibilidades de viver com o VIH. Se se estiver a sentir desta forma, tente recordar-se que é importante ter esperança para levar a sua vida em frente. Porém, pode ser perigoso se deixar o medo ou a negação tomarem conta de si próprio/a.

Percorrendo o outro caminho, poderia escolher lidar com o assunto decidindo de forma absoluta que vai morrer desta doença e que não há nada que possa fazer para o evitar. Se for nesta direcção pode dar consigo a fantasiar sobre a sua própria doença e morte. Deve recordar-se que existem muitas pessoas portadoras de VIH que estão a viver vidas produtivas, felizes e que pode viver como elas se fizer esta escolha. É bom encarar todas as possíveis consequências desta infecção, mas não ao ponto de a vivência do dia de hoje se tornar menos importante do que o medo do futuro. Isto ajuda a lembrar que toda a gente morrerá e que isso não evita ou demove as pessoas de viverem o presente.

Começar de Novo

Uma das verdades associadas a um resultado positivo do VIH é a de que, uma vez conhecido, **nunca mais vai deixar de o ser**. Para o melhor e para o pior, a sua vida será para sempre diferente. Pode estar a experimentar grandes sentimentos de perda, pode sentir que certas áreas da sua vida estão agora nas mãos de médicos,

companhias de seguros e sintomas. Isto pode fazer com que sinta que tem menos controlo sobre a sua própria vida e pode causar-lhe uma imensa ansiedade.

Saiba isto – não tem de desistir ou de perder o controlo da sua vida. Munindo-se de informação e decidindo informada e responsabilmente fazer aquilo que é melhor para si, rapidamente se aperceberá que é a pessoa que sempre foi. É a sua vida, o seu corpo, a sua saúde, independentemente de quão bem intencionados a sua família, os seus amigos ou o seu médico possam ser, não têm o direito de assumir o controlo da sua vida. Permita-se a si mesmo(a) demorar algum tempo a decidir aquilo que quer fazer. Depois, faça-o.

Pode achar que muitas das prioridades na sua vida mudam rapidamente. Se estiver a considerar fazer alterações importantes na sua vida, assegure-se apenas que pensou sobre elas profundamente. Muitas das pessoas portadoras do VIH introduziram grandes mudanças na forma como vivem. Muitas quebraram hábitos, tais como beber e fumar. Muitas terminaram relações negativas ou deixaram empregos que efectivamente detestavam. O facto de enfrentar a possibilidade de se ficar doente ou de morrer torna as nossas vidas melhores na medida em que passámos a ter de agir em áreas que previamente ignorámos ou adiámos a nossa intervenção. A morte vista assim pode ser assunto muito motivador.

Algumas pessoas culpam-se por terem contraído a doença. Este tipo de sentimento de culpa é bastante destrutivo. Independentemente da forma como contraiu a infecção, não foi a um sítio específico nem fez alguma coisa em particular com a intenção de se infectar - então porquê culpar-se disso? Já está a enfrentar um momento especialmente difícil, não precisa de se punir pelo resultado do teste do VIH. A tristeza profunda é um dos sentimentos que as pessoas portadoras do VIH sentem em algum momento. Pode ter pena de si próprio(a), face à possibilidade da sua própria morte. Para muitos de nós, o vírus não está apenas a afectar as nossas vidas, mas as vidas daqueles que mais amamos. Muitos já perderam amigos e entes queridos devido ao VIH, ou conhecem pessoas portadoras desta infecção. Permita-se a si próprio(a) expressar a sua tristeza e os seus medos de alguma forma. Permita-se chorar. Estes sentimentos são valiosos e normais; ignorá-los não vai fazer com que desapareçam.

Pode também sentir-se destruído(a) de alguma forma – que ninguém quererá tocar-lhe ou amá-lo(a) ou que é agora menos desejável por ser seropositivo(a). Pode sentir que nunca mais conseguirá amar, que ninguém

quereria estar consigo se soubesse da sua condição. Estes sentimentos passarão. Você não é um “bem danificado”. Continua a ser uma pessoa válida, tão capaz de dar e receber amor como anteriormente. Pode tomar as suas próprias decisões, relaxar e aproveitar cada dia da sua vida. Isto pode representar uma luta e pode ter de encontrar novas formas de lidar com a vida quotidiana, mas vale a pena fazê-lo.

Obter Apoio

Muitos de nós, cresceram com a ideia de que cada um deve enfrentar as coisas individualmente, por si próprio. Pedir ajuda ou procurar apoio é um comportamento normalmente associado a fraqueza. Consequentemente, uma resposta muito comum a um resultado do VIH positivo é desistir, baixar os braços. Isolamo-nos a nós próprios, escondendo a nossa condição. Isto pode revelar-se muito doloroso.

A sua vida não tem de ser escura e pesada. É possível ter uma atitude positiva quando se é portador de VIH – milhões de pessoas têm-na diariamente – mas é muito mais difícil levar a sua vida para a frente e viver alegremente quando está a tentar fazê-lo sozinho(a).

Não existe a necessidade de lidar com esta situação a sós e provavelmente é errado tentar fazê-lo. Não é a única pessoa a fazê-lo. Conheça outras pessoas que estão a viver uma situação semelhante e aquilo que têm para oferecer. Ouvir apenas alguém a falar sobre a forma como teve de se ajustar a uma vivência com o vírus pode ser o suficiente para tomar consciência que a

vida continua a ser uma coisa boa, que pode continuar a amar e a rir. E pode ficar igualmente surpreendido(a) por saber que a própria partilha da sua situação pode ajudar outras pessoas. Aos partilharmos os assuntos que nos dizem respeito, cada uma das nossas vozes confere força a outros.

Grupos de apoio tais como os da *Body Positive* nos Estados Unidos e a *Positivo* em Portugal constituem um meio poderoso para a aprendizagem de como lidar com este novo começo. Existem grupos de apoio oferecidos pelas organizações de VIH/SIDA através do país. Se não conhece nenhuma organização na sua área contacte-nos através do número 808 222 003. Se não houver nenhum grupo de apoio na sua área, você pode ser a pessoa que pode iniciar um. Lembre-se apenas que: **os milhões de pessoas que vivem com o VIH de forma bem sucedida são pessoas que procuraram o apoio de que precisavam.** Onde quer que esteja, pode procurar apoio, ou os meios para o criar. Não faz sentido enfrentar os mesmos assuntos sem nos ajudarmos uns aos outros. Não estamos sozinhos. E você também não.

Michael Slocum e Jim Lewis foram editores da Body Positive. As organizações de VIH/SIDA em todo o mundo reeditaram “You Are Not Alone” nos seus idiomas.

Este artigo foi providenciado por **Body Positive, Inc.** Existe um conjunto de artigos escritos pela *Body Positive* e disponíveis em: <http://www.thebody.com> *Sexual Health Exchange*, 1998 – n.º 4

Anexo 7

O seguinte excerto foi retirado da publicação *Transnacional Project (TAMPEP)*, reimpresso com a permissão do Royal AIDS/IST Prevention among Migrant Prostitutes in Europe Tropical Institute (KIT), Amesterdão, Holanda.

Europa: TAMPEP apoia trabalhadores do sexo enquanto educadores/as inter-pares

Sexual Health Exchange, 1998 – nº 4

O Projecto Transnacional AIDS/IST *Prevention among Migrant Prostitutes in Europe* (TAMPEP) encontra-se activo na Áustria, Alemanha, Itália e Holanda. As intervenções feitas no seu âmbito atingem 23 grupos de trabalhadoras do sexo e transsexuais que emigraram de África, Europa do Leste, América Latina e Sudoeste Asiático. A metodologia do TAMPEP é baseada no trabalho desenvolvido através de mediadores culturais e de educadores inter-pares/apoiantes. Mediadores/as são profissionais de trabalho de campo e têm o mesmo *background* étnico ou cultural do grupo-alvo. Educadores/as de pares/apoiantes são trabalhadores do sexo que ajudam a promover e a facilitar práticas e comportamentos mais saudáveis e que participam no desenvolvimento de materiais de prevenção adaptados às necessidades específicas dos grupos – alvo apoiando, ainda, o trabalho de avaliação e análise das intervenções.

A experiência com o TAMPEP mostra que o estabelecer um grupo de educadores inter-pares não deve ser o único ou o principal objectivo da intervenção. Pelo contrário, deve ser parte de uma abordagem mais global que inclui seminários, *workshops* e outras actividades de campo que visam oferecer um suporte de apoio à adopção de práticas e de comportamentos mais seguros. Isto porque nem sempre os/as trabalhadores/as do sexo conseguem influenciar eficazmente os seus clientes ou proprietários de espaços de trabalho. Os/as mediadores/as culturais, por outro lado, podem intervir, abordando e respondendo a perguntas sobre condições de trabalho pouco seguras ou a medidas policiais repressivas.

A migração de trabalhadores/as do sexo – entre e dentro dos países – pode limitar o impacto dos projectos que baseiam a sua eficácia na repetição dos contactos com o grupo – alvo. É necessário manter um ciclo contínuo de actividades por parte dos educadores de pares de modo a replicar a formação dirigida a trabalhadores/as sexuais. Os/as mediadores/as podem tentar manter contactos com os/as educadores/as inter-pares que se mudaram para outro local – isto contribuiria para uma maior

disseminação das mensagens de promoção da saúde junto de uma base de pessoas muito mais alargada.

Deve igualmente ser reconhecido que a própria natureza do trabalho sexual pode tornar difícil a intervenção do/a educador/a. Sentimentos de competição e inveja não são raros e alguns trabalhadores podem mesmo achar difícil aceitar que colegas estão a ganhar conhecimento e poder por via da sua intervenção enquanto educadores/as. Para além disso, os/as educadores/as inter-pares devem ser capazes de desempenhar um novo papel: podem ser considerados "*insiders*" enquanto trabalhadores sexuais e "*outsiders*" enquanto educadores/as.

No âmbito do TAMPEP chegou-se à conclusão que os mais bem sucedidos trabalhadores sexuais que intervieram na qualidade de educadores/as inter-pares são líderes dos grupos onde se inserem. Estes possuem um conhecimento básico da saúde, vocação educacional e excelentes capacidades de comunicação. Mais à frente estes elementos são caracterizados por elevados níveis de ambição e de motivação.

Nas intervenções levadas a cabo pelo TAMPEP, foram dispendidos 2-3 meses para completar todas as actividades relacionadas com a selecção, formação e acompanhamento de educadores/as pares. Os/as educadores/as são formados/as em cursos com 10 – 12 participantes; recebem uma pequena avença de participação para cobrir perdas remuneratórias durante o período do curso e como forma de reconhecimento do tempo e energia dispendidas na formação. Os/as formadores/as participam também na organização do próprio curso, que tem normalmente uma denominação neutra e geral, tal como "Prevenção e Higiene". Isto porque muitos trabalhadores sexuais não encaram o trabalho do sexo como uma actividade profissional – ao invés, consideram-na uma ocupação temporária e por vezes passageira. Cada sessão inclui oradores convidados tais como profissionais de saúde e equipas de centros de aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, em contracepção, assistentes sociais e educadores inter-pares já formados. No final do curso, é entregue um

certificado de participação àqueles que o completaram. Isto representa um símbolo de reconhecimento, tanto junto dos seus pares como junto de membros de instituições de serviço público com os quais têm ligação. As actividades de acompanhamento monitorizadas por mediadores culturais do TAMPEP incluem: o apoio de educadores inter-pares no desempenho da função promotores de saúde; informação e dados adicionais e actualizados, bem como materiais educacionais não incluídos no curso básico e a facilitação de contactos entre educadores/as inter-pares e o pessoal de saúde pública e organismos oficiais.

Baseado em mais de 5 anos de trabalho, o TAMPEP refere que os princípios são importantes para os projectos de educação pelos pares vocacionados para a temática do “trabalho do sexo”, são as seguintes: os programas de educação inter-pares devem ser contextualizados numa base mais alargada que contemple a auto-estima, a saúde, a segurança e os direitos cívicos, incluindo a protecção dos direitos dos trabalhadores sexuais

migrantes (a existir) ;os programas de educação inter-pares devem evitar ter como base as organizações de base exclusivamente comunitária;o cenário do trabalho sexual evolui continuamente (a “procura” do mercado, as nacionalidades dos trabalhadores sexuais, as políticas governamentais, etc.), o que implica que os modelos e programas de educação inter-pares devam ser continuamente (re)adaptados para abranger a evolução dos vários factores.

Ciclos contínuos de recolha de informação, implementação e avaliação das dinâmicas de trabalho e os resultados dos programas transnacionais de educação inter-pares são condições básicas necessárias para obter resultados positivos quando se trata de conseguir a alteração de comportamentos de saúde.

Desde a data em que este artigo foi escrito, o programa expandiu-se consideravelmente. Para obter mais informações pode consultar o site www.tampep.com

Informação sobre o uso de drogas injectáveis

Pretende-se que esta secção ofereça informação precisa e desapaixonada, reduzindo o potencial efeito nefasto do uso das drogas injectáveis. O objectivo é apoiar os/as educadores/as inter-pares a melhorar o estado de saúde das suas comunidades e grupos de pertença. Reconhecemos que existem comunidades de pessoas que estão envolvidas nas drogas injectáveis e que apoiam os programas que visam a redução de riscos e danos a elas associados, apoiando rapazes e raparigas a libertarem-se desta dependência dentro de uma moldura temporal própria e apropriada, mantendo-os em segurança durante esse período.

A informação nesta secção, a qual oferece *guidelines* para um acto de se injectar mais seguro, não é, de forma alguma, escrita ou disponibilizada para encorajar ou sugerir o uso ou o uso continuado de drogas injectáveis.

Informação sobre o uso de drogas injectáveis

Atenção: Este anexo contém algumas descrições relacionadas com o uso de drogas injectáveis. Qualquer pessoa que esteja a recuperar de uma dependência pode escolher não ler estas descrições a não ser que esteja preparada para visitar algumas das emoções e sentimentos associados à utilização de drogas. Muita desta informação proveio de experiências de pessoas que consomem drogas.

Obsessão e Dependência de Drogas

As pessoas que têm uma dependência de substâncias psicoactivas experimentam um período que é caracterizado por uma vontade obsessiva e avassaladora, nomeadamente, o momento de obter a droga para a consumir. Utilizadores de drogas injectáveis descrevem frequentemente um sentido de extraordinária urgência na procura de uma forma em obter o material necessário para injectar a droga. Muitas pessoas não compreendem a diferença entre o uso de uma droga para fins "*recreativos*", e a sensação de necessidade extrema que ocorre quando o uso ocasional deu lugar a uma dependência e a uma doença. "Eu não teria feito nada, e quero dizer nada..." Podem existir muitas alterações de comportamento nas pessoas utilizadoras de drogas.

Aspectos a saber sobre o uso de drogas injectáveis

A pessoa que trabalha com utilizadores de drogas injectáveis deve conhecer os padrões e práticas relacionadas com o consumo. Somente tendo conhecimento destes detalhes é que consegue ensinar a reduzir os danos e os riscos de uma prática de injeção não sujeita a condições assépticas.

Injectar de forma segura²

Embora a injeção de drogas não seja de todo apoiada ou recomendada, para aqueles que o fazem é importante fazer todos os possíveis para reduzir os riscos e danos associados. Aprender a injectar-se de forma mais segura é diminuir esse risco e a esta prática se chama de redução de danos. Isto significa que embora a utilização de drogas injectáveis seja prejudicial, existem formas de reduzir os efeitos negativos associados ou de prevenir o pior.

Este texto consiste numa resenha de factos médicos, técnicas de injectar drogas, os saberes do toxicodependente/"drogado" (um termo de rua) e outra informação. O processo de preparação e planeamento do injectar das substâncias é uma das coisas mais importantes que uma pessoa pode fazer para prevenir um mal potencial. Antes de se injectar, a pessoa tem de avaliar a segurança da situação, tendo a certeza de que vai consumir a dose habitual (ou inferior) de forma a não colocar em risco as suas funções vitais prevenindo assim, uma *overdose*. Deve também utilizar material esterilizado e preparar a droga numa superfície limpa.

Escolher o local mais seguro para consumir drogas

Alguns locais são mais seguros para consumir drogas do que outros. O consumidor de drogas injectáveis deve ter as outras pessoas em consideração. Após o consumo deve colocar o material contaminado num contentor apropriado e deixar o local em condições de higiene adequadas.

Com o que é que as pessoas utilizam drogas?

É importante para pessoas utilizadoras de drogas terem o apoio de outras que conhecem a sua dependência, especialmente em casos de urgência como uma *overdose*. Por vezes, pessoas toxicodependentes do grupo de pertença podem oferecer apoio mútuo. Se uma pessoa

estiver preocupada por um/a amigo/a estar a consumir uma grande quantidade de droga, pode tentar assegurar que alguém esteja presente, junto dessa pessoa, de modo a prevenir uma possível *overdose*.

Equipamento e materiais utilizados na prática de injectar drogas

- Seringa esterilizada
- Garrote
- Colher ou carga
- Filtro ou algodão
- Toalhetes com álcool
- Ácido cítrico ou ascórbico
- Água destilada

É muito importante que as pessoas que utilizam drogas injectáveis saibam que devem ter alguns cuidados, tais como, utilizar sempre uma seringa nova e esterilizada. O local da injeção não deve ser o mesmo, isto é, deve-se alternar o local do “chuto” de forma a evitar possíveis hematomas e ter consciência de que existem zonas mais perigosas de injectar do que outras. A pessoa deve desinfetar a pele onde vai injectar, usando o toalhete com álcool, e só depois injectar-se no sentido da circulação do sangue. A agulha deve estar na direcção do coração. O garrote deve ser desapertado antes da pessoa começar a injectar-se. Para manter as veias em menos mau estado, o consumidor de drogas injectáveis deve usar uma pomada ou gel, aplicando-a 10 minutos depois do “chuto”, massajando cuidadosamente a veia. Deve também utilizar um filtro ou algodão novo em cada “chuto” e ter o cuidado de não deitar fora o material utilizado de forma a que possa colocar em risco a saúde das outras pessoas. A pessoa deve procurar um lugar sossegado, e sempre que possível, deve lavar antes as mãos. Deve também desinfetar com álcool o local onde vai dar a injeção e utilizar água destilada (se utilizar água da torneira deve fervê-la antes). Para fazer o “caldo” deve ser utilizado o ácido cítrico ou ascórbico no lugar do limão ou vinagre.

Existem programas de troca de seringas que distribuem gratuitamente *kits* que têm como objectivo a redução de riscos e danos para utilizadores de drogas injectáveis.

Limpar os utensílios

Para cada “chuto” deve ser utilizado uma seringa nova esterilizada. Se não for possível fazer a troca, então o consumidor deve desinfetar a seringa usada (atenção: só a utilização do próprio material protege do VIH/SIDA e das hepatites).

Para desinfetar o material deve-se lavar inicialmente com água, depois, deve-se encher a seringa de lixívia diluída e deixá-la lá durante algum tempo (pelo menos 30 segundos). De seguida, deve-se despejar e repetir o procedimento mais duas vezes. Se a pessoa não tiver lixívia, pode utilizar álcool a 70°. Por último, deve-se bombear a seringa com água duas vezes.

Preparar uma dose

Uma preparação limpa e higiénica (asséptica) da droga diminuirá o risco de transmissão de infecções que podem penalizar seriamente a saúde do indivíduo. Existem diversas coisas que as pessoas utilizadoras de drogas injectáveis devem fazer antes de preparar a sua dose. Primeiro, deve-se lavar as mãos cuidadosamente com sabão de modo a eliminar vírus e bactérias alojados nas mãos. Deve-se usar uma superfície lisa para preparar o “chuto” e a pessoa deve assegurar-se que o *kit* que vão utilizar contém material esterilizado. Deve-se ter atenção, pois existem pessoas que revendem *kits* com utensílios já usados, mas dizendo que são novos. É mais seguro esperar até ao momento de uso para abrir os *kits* de agulhas e seringas esterilizadas.

Escolher onde se injectar

A maior parte das pessoas utilizadoras de drogas tem de mudar a parte do corpo onde se injectam de modo a reduzir a possibilidade de infecção e a manter as veias em bom estado. Se não o fizer periodicamente, as veias enfraquecem e o acto de injectar torna-se mais difícil. Consequentemente, as infecções podem atacar o local e causar danos sérios. A pessoa utilizadora de drogas injectáveis deve utilizar alternadamente ambos os lados do corpo. Não deve picar as artérias, nem determinados zonas do corpo, como por exemplo, o pescoço ou o pénis.

Limpar e preparar a zona do corpo a ser picada

É recomendável usar álcool para limpar a zona a injectar, ou usar o toalhete distribuído no *Kit*. De seguida, colocar uma banda elástica (garrote) no bíceps, baixar a mão e fechar o punho. Normalmente, a banda elástica (garrote) é solta logo a seguir à injeção de forma a permitir que o sangue volte a circular normalmente.

Preparação final

Se a agulha estiver na veia, o utilizador puxará o êmbolo da seringa para cima. Se entrar sangue escuro, está numa veia. Se não houver sangue, ou se aparecer numa quantidade muito pequena, a agulha não entrou na veia. Se for este o caso, reinicie normalmente todo o processo.

O sítio onde foi espetada a agulha fica inchado e o efeito da droga é diminuído. Isto pode resultar num abscesso ou noutra problema.

Retirar a agulha

Depois de uma injeção bem sucedida, retirará a agulha com cuidado, utilizando o mesmo ângulo com que se injectou. De forma a prevenir um hematoma, desaperte a banda elástica antes de começar a injectar-se. Pressione

firmemente o local onde se vai injectar de forma a ajudar a coagulação. Não passe álcool uma vez que este pode aumentar o sangramento.

Deitar fora, e de forma apropriada, os utensílios

O utilizador de drogas injectáveis deve levar o lixo (material restante, já utilizado) para um centro de troca de seringas.

“Educação Inter-pares em Direitos de Saúde Sexual e Reprodutiva”, constitui na edição inglesa uma referência no trabalho com jovens de grupos vulneráveis, marginalizados e socialmente excluídos, nas organizações que trabalham e advogam a maior qualidade e pró-actividade da educação inter-pares com e entre jovens. A edição portuguesa, aqui apresentada pela APF no contexto do projecto **ROSA** (**R**esponsabilidade, **O**portunidade, **S**olidariedade e **A**cção), contribui para reforçar a abordagem da Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, no contexto quer da Igualdade de Oportunidades e Não Discriminação quer do Empoderamento das pessoas jovens, como factores essenciais ao Desenvolvimento e Inclusão Social, inerentes à boa consecução dos Direitos Humanos.

Este manual, testemunho da pró-actividade de rapazes e raparigas de vários países europeus, além de um contributo para a difusão de Educação Interpares e de um modelo de qualidade testado, pretende também incentivar a participação de jovens em iniciativas e decisões relativos à sua Saúde e Educação Sexual e Reprodutiva, numa perspectiva de Direitos Humanos.



A Associação para o Planeamento da Família (APF) é uma Organização Não Governamental com estatuto de IPSS, com finalidades de saúde, criada em 1967. A APF tem estatuto de ONG para o Desenvolvimento, estatuto de Associação de Família e membro do Conselho Nacional das Famílias e do Conselho Consultivo da Secção das ONG da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG). É uma das mais de 180 associações de todo o mundo federada na Internacional Planned Parenthood Federation (IPPF). Tem 7 Delegações Regionais: Açores, Alentejo, Algarve, Centro, Lisboa, Tejo e Sado, Madeira e Norte e desenvolve a sua actividade com base em trabalho profissional e voluntário.

A APF tem como objectivos principais contribuir para o avanço do direito humano fundamental de todas as pessoas a fazerem escolhas livres, responsáveis e informadas na sua vida sexual e reprodutiva, e advoga para que esse direito seja exercido; assegurar que a igualdade de oportunidades e o direito ao planeamento familiar, na saúde sexual e reprodutiva continuem a ser prioridades nas políticas de desenvolvimento nacional e internacional e dar resposta às necessidades não resolvidas em Educação Sexual, Planeamento Familiar e Serviços e cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva, indo especialmente ao encontro de necessidades de pessoas e grupos sociais mais marginalizados e desfavorecidos.