



**PREVENINDO CONTRA AS DROGAS
E
DST/AIDS**



CARTILHA DO EDUCADOR

© 1996. Ministério da Saúde

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

Tiragem: 8.100 exemplares.

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

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

BUCHER, R.

Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: cartilha do educador.
Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, out. 1995.
2ª Edição 28 p.

1. AIDS 1. Título

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
O Programa Nacional de DST/AIDS e a Prevenção.....	07
A Situação das Drogas no Brasil.....	08
As Drogas na Sociedade Moderna.....	08
Os fatores de Risco para Uso ou Abuso de Drogas.....	09
Tipos de Usuários de Drogas.....	09
Alguns Conceitos, ao invés de Preconceitos.....	10
As Drogas mais Usadas no Brasil.....	11
Conhecendo as Drogas mais Comuns.....	13
As Drogas Depressoras mais Comuns no Brasil.....	14
As Drogas Estimulantes.....	15
As Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central.....	16
A Pandemia da AIDS.....	17
O que é, como se transmite.....	17
Como Prevenir.....	18
A Situação da AIDS no Mundo e no Brasil.....	18
Uso de Drogas <i>Versus</i> AIDS.....	19
As Condutas de Risco dos UDI.....	19
A Noção de Redução de Danos.....	20
Os Métodos de Redução de Danos.....	21

A Prevenção de Drogas e AIDS nas Escolas.....	22
A Idéia da Educação Preventiva.....	22
O Papel da Escola e do Educador.....	22
Conteúdos Mínimos de Capacitação.....	24
Adolescência.....	24
Sexualidade.....	25
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.....	25
Drogas.....	26
Ecologia Humana e Cidadania.....	27
Metodologia, Acompanhamento e Supervisão.....	28

APRESENTAÇÃO

Hoje, no panorama internacional da educação, é consenso que a prevenção é o enfoque prioritário, principalmente se o alvo dos programas é a população mais jovem. Quando o objetivo é atingir e combater comportamentos de risco associados ao uso de drogas entre crianças e adolescentes, mais além do enfoque do problema em si, está a importância de sua realização como ser humano e social.

O objetivo maior da educação dirigida à criança e ao adolescente, seres em processo de formação de personalidade, deve ser capacitá-los a adotar condutas positivas, com estímulo crítico, de forma a constituir mentalidades novas, capazes de promover a criação de novos objetivos sociais.

Um ideal de formação integral do indivíduo, sua estrutura emocional e intelecto, deve refletir a preocupação com a complexidade de sua existência, do ambiente cultural e das relações interpessoais que condicionam sua vida, priorizando valores próprios de cada sociedade, e apoiando-se nos recursos locais disponíveis e mais adequados, como é o caso, naturalmente, do complexo e da comunidade escolar.

A figura do educador é a peça-chave para a implantação de programas de educação preventiva. Para tanto, é essencial que ele passe por um processo amplo e aprofundado de capacitação, tanto cognitiva quanto metodológica e vivencial.

Este material que ora apresentamos pretende ser mais um suporte a essa tarefa de responsabilidade do educador. Estamos convictos de que só um trabalho generoso de educação preventiva e permanente, dentro do espírito de solidariedade e respeito aos princípios fundamentais da cidadania e dos direitos humanos, garantirá uma juventude sadia e feliz, no presente, e uma vida melhor para todos nós, no futuro.

Lair Guerra de Macedo Rodrigues

Coordenadora-Geral

Programa Nacional de DST/AIDS

Ministério da Saúde

CARTILHA DE PREVENÇÃO

DROGAS E AIDS

01. O Programa Nacional de DST/AIDS e a Prevenção

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado no Brasil. Embora menos elevado do que nos Estados Unidos e na Europa, a situação preocupa as autoridades de saúde e de educação. De fato, este consumo propaga-se em todas as camadas da população, sobretudo urbana, atingindo cada vez mais aquelas de baixa renda. Não se trata apenas de **produtos ilegais** (maconha, cocaína, crack), mas do abuso de muitos **produtos legais** como álcool, tabaco, medicamentos, psicotrópicos e inalantes (solventes). O conjunto destas práticas abusivas acarreta um alto **custo social**, além de pesados sofrimentos físicos e morais aos usuários, às famílias e à comunidade como um todo.

Acrescenta-se a este quadro a **disseminação da AIDS**, a partir da década de 80. O vírus HIV infecta parcelas crescentes das populações vivendo em situações de risco. Ele se dissemina mais, hoje em dia, entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e seus parceiros sexuais, representando assim um foco de propagação que atinge toda a sociedade.

Face às duas ocorrências de ameaça à saúde pública, o Ministério da Saúde desenvolveu, em parceria com o CONFEN, as Nações Unidas (UNDCP) e o Banco Mundial, o **Projeto "Prevenção ao abuso de drogas, com ênfase especial na prevenção do HIV entre usuários de drogas intravenosas no Brasil"**.

Atualmente, este projeto está em implantação nos dez estados mais atingidos. Focaliza não a repressão às drogas ilegais ou às drogas em si, mas uma **melhoria global na qualidade de vida** das populações mais expostas. Tal abordagem é considerada, internacionalmente, como a mais eficaz para implementar fatores de proteção contra a exposição aos diversos fatores de risco. Ela incentiva a capacitação de profissionais de saúde, educação e ação social, bem como de lideranças comunitárias e de grupos em situação de risco.

O projeto persegue **02 objetivos**: 1) prevenir o abuso de drogas e a transmissão do HIV na população em geral e em grupos em situação de risco (profissionais do sexo, jovens socialmente marginalizados, presidiários, populações de rua, usuários de drogas); 2) reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV entre UDI, através da ação comunitária e de centros alternativos de acolhimento, orientação e tratamento. O resultado mais importante esperado para o fim do projeto será o **aumento da consciência sobre abuso de drogas**, na população global e entre UDI, para que medidas preventivas de redução de riscos possam ser adotadas por todos.

02. A Situação das Drogas no Brasil

2.1. As Drogas na Sociedade Moderna

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

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

Antigamente, tais usos faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade, através de cerimônias, rituais e festividades. Eles não eram perigosos, pois estavam sob o controle da coletividade.

Hoje, tais costumes são esvaziados em conseqüências das grandes mudanças sócio-econômicas. Características da modernidade, como a alta concentração urbana ou o poder dos meios de comunicação, modificaram profundamente as interações sociais. Em conseqüência do êxodo rural, da explosão de aglomerações suburbanas e da pauperização, os novos modos de convivência levaram muitas pessoas ou grupos ao isolamento e à quase exclusão social.

Por outro lado, na onda do **consumismo** moderno, apregoa-se a posse material e o consumo intensivo de bens e produtos. Isso também estimula o uso crescente de drogas. Produtos antigos ou recentes, legais ou ilegais, conheceram novas formas de fabricação e comercialização, indo ao encontro de novas motivações e novas formas de procura. Em detrimento de modos saudáveis de vida, enfatiza-se, com freqüência, certos ideais irrealis de força, vigor e juventude, atrelados à idéia de um prazer imediato e permanente na "curtição" da vida.

Tal propaganda "vicia" e leva camadas crescentes a tentar fugir das suas condições difíceis de vida, à procura de prazer e bem-estar ilimitados ou, ainda, à procura de esquecimento e alívio. Como se trata de uma **ilusão**, a entrega contínua às drogas provoca, após as experiências iniciais de prazer, sensações de desprazer, dependência e marginalização.

Muitos usuários misturam produtos, em particular com **álcool**. Os usos descontrolados denotam sempre algum desequilíbrio pessoal ou dificuldades de integração social. Portanto, o **dependente** de drogas deve ser considerado como um **doente**. Ele necessita de ajuda e tratamento para entender as razões do seu consumo, para iniciar sua reinscrição social, e para conseguir pôr fim ao seu processo de autodestruição.

2.2. Os Fatores de Risco para Uso ou Abuso de Drogas

Diz-se que para correr riscos, basta estar vivo. Isto é verdade, mas a saúde pública considera que há fatores específicos de risco, que expõem as pessoas a situações de perigo que poderiam ser evitadas. Assim, a OMS (Organização Mundial da Saúde) distingue dois tipos de uso:

- **uso de risco:** padrão de uso ocasional ou persistente, com riscos futuros para a saúde física ou mental do usuário; e
- **uso prejudicial:** padrão de uso que já causa dano à saúde.

Isto significa que todo uso de drogas é arriscado, qualquer que seja o produto. Quanto aos fatores de risco, eles são maiores para certas pessoas, em função das suas condições de vida. Assim, a mesma OMS acredita ser mais inclinada ao uso, aquela pessoa:

- **sem informações** adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- com uma **saúde deficiente**;
- insatisfeita com sua **qualidade de vida**;
- com **personalidade vulnerável** ou mal integrada;
- com **fácil acesso** a drogas.

Evidentemente, corre menos riscos de recorrer a drogas a pessoa situada no oposto: com boa saúde e boa qualidade de vida, informações adequadas sobre drogas, bem integrada, e com acesso mais difícil a drogas.

2.3. Tipos de Usuários de Drogas

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

- **experimentador:** limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;
- **usuário ocasional:** utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;
- **usuário habitual ou "funcional":** faz uso freqüente, ainda controlado, mas já se observam sinais de rupturas;
- **usuário dependente ou "disfuncional"**(toxicômano, drogadito, dependente químico):

vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento.

O uso de drogas, portanto, não leva, automaticamente, a estados de dependência. Passa-se ao **abuso** com a **perda de controle** sobre o uso, em consequência de certas dificuldades (ou "fatores de risco"), que variam de pessoa para pessoa, mas também do contexto social e familiar. Trata-se de entendê-las, para poder ajudar o usuário que se tornou dependente.

A função da educação preventiva e de ações específicas de prevenção consiste na criação de condições mais saudáveis de vida, para que diminuam os fatores de risco, predispondo à busca de drogas, bem como ao contato com o vírus da AIDS.

2.4. Alguns Conceitos, ao Invés de Preconceitos.

Há uma série de idéias pré-concebidas que circulam a respeito das drogas, dos seus abusos e conseqüências. Assim, não é verdade que todos os males do povo ou todos os "desvios" da sua juventude sejam devidos às drogas. Um "problema de drogas" surge, de fato, de um encontro infeliz entre **três fatores básicos**. Operando **juntos**, eles provocam as rupturas acima mencionadas e podem levar à dependência. São eles:

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

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

A procura de bem-estar e prazer é natural, fazendo parte da vida de todos; o erro consiste em querer buscá-los usando drogas. Quando se precisa de tais meios artificiais, significa que há algo errado consigo mesmo ou nas relações com os outros. Recorrer a produtos químicos apresenta-se então como uma saída possível, como se elas fossem uma "poção mágica" contendo a "solução".

Na falta do produto ao qual a pessoa se acostumou, ela é invadida por sensações ou "sintomas" penosos, indo do nervosismo, inquietação ou ansiedade ao impulso de obtê-lo de novo, a qualquer custo. Este estado chama-se **dependência**.

Distingue-se entre **dependências físicas** e **psíquicas**. A primeira consiste no fato do organismo acostumar-se à presença da droga, sendo que a sua falta provoca os sintomas da "**síndrome de abstinência**" (p.ex.: *delirium tremens*, no alcoolismo). Enquadram-se aí o álcool, a nicotina, os produtos derivados do ópio (opióicos), os sedativos. O tratamento consiste, numa primeira etapa, na **desintoxicação**, em geral sob forma de internação hospitalar breve.

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

Dependência psíquica significa, portanto, o apego da pessoa àquele estado de bem-estar onde as dificuldades são momentaneamente apagadas. Dominada pela intolerância, ela exige, então, imediatz na procura de "tudo e já!" Como a internação não resolve as dificuldades de adaptação, já que a personalidade e o meio não mudam, o tratamento é demorado, passando em geral por uma série de recaídas.

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

Chama-se **escalada** a passagem de um consumo ocasional a um consumo intenso ou contínuo (**escalada quantitativa**), ou ainda a mudança de um uso de produtos "leves" para outros considerados "pesados" (**escalada qualitativa**). Contudo, a distinção entre produtos leves e pesados é equivocada, pois qualquer produto psicoativo pode criar dependência, em função do modo de usar, do contexto e da personalidade. Assim, a evolução para a escalada não é nem automática, nem irreversível.

Fala-se de **tolerância** quando o organismo reage à presença de uma substância psicoativa através de um processo de adaptação biológica. Ele o incorpora em seu funcionamento, de modo a responder cada vez menos ao produto. Logo, para obter os mesmos efeitos, é necessário aumentar a dosagem. Esta elevação, comparável à escalada quantitativa, aumenta os riscos de uma **superdosagem (overdose)**, capaz de provocar morte súbita por parada respiratória ou cardíaca.

2.5. As Drogas Mais Usadas no Brasil

Para tirar do "problema de drogas" sua auréola sensacionalista, é importante conhecer a realidade do seu consumo no país. Para tanto, cabe incluir os produtos lícitos, como álcool e tabaco, medicamentos e inalantes -, e aí percebe-se logo que a droga não representa uma "questão de polícia", mas uma ampla questão social.

As informações sobre a situação das drogas no Brasil são fragmentadas. Os dados mais amplos devem-se às **investigações do CEBRID** (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), da Escola Paulista de Medicina. A partir dos levantamentos bi-anuais em escolas de 10 capitais, é possível extrapolar sobre o consumo de drogas na população em geral.

Entre todas as substâncias, é o **consumo de álcool** o que mais se destaca. Estima-se que o alcoolismo (uso crônico) atinja entre 3 a 10% da população, sendo que 84% apresentam um uso ocasional.

Quanto ao **tabaco**, a estimativa é de que 50% dos homens e 33% das mulheres fumam. Em um cotejo internacional, esta proporção deve ser considerada elevada.

Sobre as **outras drogas**, consideradas erroneamente como as mais usadas ou mais perigosas, a **tabela 1** reproduz dados do último levantamento (1993) do CEBRID sobre as substâncias preferidas por alunos do 1º e 2º graus.

TABELA Nº 1

DROGAS MAIS CONSUMIDAS POR JOVENS (CEBRID, 1989)

	TIPO									
	Álcool	Tabaco	Inalantes (Cola, Loiló, Lança- Perfume)	Ansiolíticos (Calmantes)	Anfetaminas (Estimulantes, Remédio para Emagrecer)	Maconha	Barbitúricos	Orexígenos (Remédios para abrir o apetite) e Xarope	Anticolinérgicos (Remédios para cólica de bebê e mal de Parkinson)	Cocaína
	USO NA VIDA									
1989	77,5%	27,4%	17,3%	7,2%	3,9%	3,4%	2,1%	1,6% e 1,5%	1,0%	0,7%
1993	-	-	15,4%	5,3%	3,1%	4,5%	1,3%	-1,3%	1,4%	1,2%
	USO FREQUENTE (seis vezes ou mais)									
1989	14,5%	5,0%	2,1%	0,6%	0,5%	0,5%	-	-	-	-
1993	-	-	1,8%	0,6%	0,5%	0,5%	-	-	-	-

Nas escolas, destaca-se o **uso na vida de drogas lícitas**. Após álcool e fumo, figuram os inalantes e ansiolíticos (tranquilizantes), vindo a maconha em quinto lugar (primeiro produto ilegal) e as anfetaminas em sexto. Agrupando todos os medicamentos psicotrópicos, eles situam-se em terceiro lugar, ultrapassando os inalantes.

Quanto ao **uso freqüente**, situa-se entre 18,6% para álcool - o que é muito elevado - e 0,5% para anfetaminas, com a maconha em 0,6%. Isso mostra como é importante distinguir uma ou poucas experiências de um uso freqüente ou contínuo. O primeiro caso exige a atenção firme dos pais e educadores, o segundo um atendimento já especializado.

Resumindo, os dados disponíveis indicam:

- o uso de drogas pela população estudantil brasileira não atinge níveis tão elevados como em outros países (nos Estados Unidos p. ex., eles são de 10 a 15 vezes mais altos);
- este uso é antes de drogas lícitas, o que significa que a imensa maioria dos estudantes não tem contatos com traficantes; logo, a fonte de obtenção de drogas pode ser tanto o lar como lojas ou farmácias;
- o consumo detectado no conjunto de alunos testados não aponta para uma "epidemia de drogas";
- programas preventivos devem adaptar-se à realidade do consumo; logo, programas importados de outros países, por ignorar essa realidade, podem até piorar a situação;
- os números recolhidos são significativos quanto às tendências do uso de drogas entre estudantes, mas não oferecem um panorama global do consumo no país, pois faltam dados sobre as populações fora das escolas, jovens e adultos; é provável que nestas o padrão do consumo seja quantitativa e/ou qualitativamente diferente.

2.6. Conhecendo as Drogas Mais Comuns

Substâncias psicoativas são introduzidas no organismo de várias maneiras. Podem ser inaladas ou aspiradas, comidas ou bebidas, fumadas, injetadas. Fumar certos produtos, como o crack, ou injetá-los ("pico") têm efeitos quase imediatos, pois a corrente sanguínea os leva diretamente ao cérebro.

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

- 1) O usuário fica mais relaxado e calmo, até sentir-se sonolento ou mole. Temos aí o efeito **depressor**, pois tais substâncias diminuem, retardam ou reduzem ("deprimem") o funcionamento mental. Neste estado, a pessoa é chamada sedada, grogue, dopada ou chapada.
- 2) O usuário fica alerta, atento, às vezes agitado. Sente-se animado, bem disposto e capaz de quase tudo. Eis o efeito **estimulante**: o produto estimula ou acelera o funcionamento mental. Em tal estado, a pessoa "fica ligada" ou é "ligação".
- 3) O usuário passa a perceber as coisas deformadas, coloridas, bizarras. Pensamentos, percepções, recordações ficam como imagens de sonhos, esquisitos e sem nexos. Eis o efeito **perturbador** no Sistema Nervoso Central (SNC), distorcendo seu funcionamento. Sob tais efeitos, a pessoa está "viajando" ou é "doidão".

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

Tabla 2: Categoria de Drogas

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

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

Apresentam-se, em seguida, as três categorias com as características e efeitos de cada droga.

2.6.1 As Drogas Depressoras Mais Comuns no Brasil

TABELA Nº 3

DROGAS DEPRESSORAS E SEUS EFEITOS

DROGAS	NOME		VIA	USO TERAPÊUTICO	EFEITO TÓXICO	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	ABSTINÊNCIA
	COMERCIAL	POPULAR				FÍSICA	PSÍQUICA		
Alcool		Birita Mê Mel Pinga	Oral	Nenhum	Desinco Tremores Delírium Tremens Alucinações	sim	sim	sim	sim
Benzodiazepínicos (tranquilizantes)	Lexotan Valium Diazepam Dianpax	Calmanês	Oral ou injetado	Ansiolítico Relaxante Muscular Anticonvulsivo	Sedação Sonolência Diminui Reflexos Psicomotores	sim	sim	sim	sim
Hipnóticos	Cardenal Cornhal	Soníferos Boba		Sedativo Anticonvulsivo	Desorientação Embraguez	sim	sim	sim	sim
Inalantes Solventes	Éter Clorofórmio Gasolina Verniz	Lolô Cheirinho Lança	Nasal	Tontura Euforia Desorientação Alucinações		sim	sim	sim	sim
Opiáceos	Pembanyl Erlés	Bof	Oral	Antitussígeno Antiespasmódico	Alucinações Hipotensão	sim	sim	sim	sim

O abuso de **álcool**, como se sabe, cria graves problemas e sofrimentos, com um altíssimo custo social. O uso crônico leva a uma degradação física e moral, provocando, na falta do produto, uma síndrome de abstinência violenta. Ele pode levar à morte (por coma alcoólico ou por complicações orgânicas, como a cirrose). Instiga com frequência a violência e acidentes, bem como absentismo no trabalho.

Os **tranquilizantes** (calmantes, ansiolíticos, sedativos) são hoje muito usados, no mundo inteiro. A base da substância ativa é o **diazepam** (por isso, são chamados de benzodiazepínicos). Quando usados sem justificativa médica, procura-se uma "anestesia das emoções". O abuso destes medicamentos, mais comum no sexo feminino, provoca fortes dependências.

Os **opiáceos** ilegais, como **ópio** e **heroína**, objeto do narcotráfico oriundo da Ásia, são pouco presentes no Brasil. A **morfina**, potente analgésico mas criando dependências em doenças terminais.

Os opiáceos mais consumidos, no Brasil, não são ópio ou heroína, mas os remédios à base de **codeína**, seja sob forma de xaropes contra a tosse, seja como analgésicos. O abuso, além de dependência e síndrome de abstinência, pode provocar parada respiratória.

Os **inalantes** ou **solventes** representam hoje, na juventude brasileira, a "droga de iniciação" (como antigamente a maconha), em particular o "cheirinho de lolô". Eles têm a fama de produzir efeitos mirabolantes ("barato"), mas podem provocar danos graves.

Entre **meninos e meninas de rua**, é bem conhecido o uso de cola de sapateiro e esmalte, funcionando como uma espécie de "tapa-fome", ajudando-os a agüentar ou esquecer a miséria e a violência das suas condições de vida.

2.6.2 As Drogas Estimulantes

Na **tabela 4**, é reproduzido o leque das substâncias estimulantes mais usadas no Brasil:

TABELA Nº 4

DROGAS ESTIMULANTES

DROGAS	NOME	VIA	USO TERAPÊUTICO	EFEITO TÓXICO	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	ABSTINÊNCIA
	COMERCIAL e POPULAR				FÍSICA	PSÍQUICA		
Cafeína	Chá Mate, Chá Preto, Café, Noz de Cola, Guaraná	Oral	Nenhum	Taquicardia Nervosismo		sim	não	sim
Nicotina	Fumo Tabaco Cigarro	Oral Nasal	Nenhum	Doenças Cardiovasculares Câncer no Pulmão	sim	sim	sim	sim
Cocaína	Pó Nero Brisola Bright Branquinha Pico e Crack	Oral Nasal Injetado	Ansiedade Local	Irritação, Insônia Inpatência, Convulsão Idéias de Perseguição		sim	não	sim
Anfetaminas	Bolinha Bola Róble Ice*	Oral Injetado	Moderador de Abete	Insônia Irritação Agressividade Convulsão Delírio	sim	sim	sim	sim

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

A **nicotina**, aspirada pelo fumo do tabaco, causa inúmeros malefícios cardiovasculares e respiratórios. Seu consumo é hoje cada vez mais questionado, mas continua protegido pelo Estado.

A **cocaína** e subprodutos, como o **crack**, são extraídos da **coca**, planta nativa dos Andes. Objeto do narcotráfico oriundo dos países andinos, ela é a “droga da moda”, muito usada na classe média e alta ou em certos círculos profissionais. O uso intenso cria forte dependência psíquica; usada injetada (“pico”), pode transmitir infecções graves, como a hepatite ou o vírus da AIDS.

O **crack**, pedras cristalizadas a partir da pasta-base de cocaína, é fumado em cachimbos. Seu efeito é devastador, provocando forte decadência física e alta mortalidade.

Embora proibidas, as **anfetaminas** são medicamentos ainda muito consumidos, em particular para ficar acordado (estudantes, caminhoneiros). Substâncias anfetamínicas são contidas nos **moderadores de apetite** (anorexígenos); além de emagrecimento, criam dependência.

Todo abuso de substâncias estimulantes pode provocar insônia, nervosismo, irritabilidade, instabilidade emocional e idéias de perseguição (paranóia), chegando a formações delirantes.

2.6.3. As Drogas Pertubadoras do SNC (Alucinógenas)

Os produtos “psicodélicos” foram popularizados na década de 60, com o movimento *hippie*. As “viagens” que propiciam não são nada inocentes, pois podem provocar seqüelas prolongadas. A tabela 5 lista as principais substâncias desta categoria:

TABELA Nº 5
AS DROGAS PERTUBADORAS E SEUS EFEITOS

DROGAS	NOME	VIA	USO TERAPÊUTICO	EFEITO TÓXICO	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	ABSTINÊNCIA
					FÍSICA	PSÍQUICA		
LSD (Ácido Lisérgico)	Ácido Viagem Trip*	Oral	Nenhum	Hilaridade Má Viagem Alucinações Delírios		sim	não	não
Maconha (Marijuana, Cannabis)	Erva Fumo Fininho Baseado Diamba Bagulho	Fumado	Não Reconhecido	Má Viagem Taquicardia Desorientação Desmobição Oligospermia		sim	sim	não
Chá de Cogumelo	Chá Cogu	Oral	Não Reconhecido	Desorientação Alucinação	não	não	não	não
Datura	Zabumba Trombeta Saia Branca Lirio	Oral	Não Reconhecido	Desorientação Alucinação Convulsão Delírio	não	não	não	não
Dalme	Ayahuasca Chá	Oral	Não Reconhecido	Id.; Ilusão	não	não	não	não

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

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

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

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

03. A Pandemia da AIDS

3.1. O Que é, Como se Transmite

A **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida** (SIDA; AIDS em inglês) é uma doença relativamente recente, surgida no início dos anos 80. É chamada de **pandemia** por tratar-se de uma epidemia muito ampla. Por causar elevada mortalidade, ela apavora a população, o que leva, amiúde, à discriminação dos doentes de AIDS.

A doença afeta o **sistema imunológico** da pessoa e a deixa vulnerável, ao debilitar progressivamente suas defesas naturais. Logo, estas não conseguem proteger o organismo contra os diversos agentes invasores (micróbios, bactérias, fungos, vírus). Enfraquecida, a pessoa corre graves riscos pelo alastramento de doenças que se infiltram, as chamadas “infecções oportunistas”.

A AIDS é causada por um **vírus** chamado **HIV** (Vírus da Imunodeficiência Humana, sigla em inglês). Este penetra no corpo e ataca os glóbulos brancos (linfócitos T4), responsáveis pela defesa do sistema imunológico. O vírus pode permanecer no organismo por meses ou anos, sem sinal aparente da doença. Nestes casos, o corpo já está infectado pelo HIV, mas a doença não chegou a manifestar-se.

Pessoas neste estágio de infecção não são doentes mas “**soropositivos assintomáticos**”; isto é, o exame do soro sanguíneo é positivo quanto à presença do vírus, embora (ainda) não provoque sintomas. Mesmo assim, **podem infectar** outras pessoas, em particular os parceiros sexuais.

A **transmissão** a outra pessoa pode ocorrer:

- através de sangue contaminado;
- através de esperma contaminado;
- através de secreção vaginal contaminada;
- através da amamentação.

Outras formas de transmissão, como por saliva, suor, urina, lágrimas, beijo, espirro, roupas íntimas, banheiros, mosquitos e outros, até hoje não foram confirmadas.

Eis as **situações** onde pode haver transmissão:

- pela **relação sexual** oral, vaginal ou anal (em particular nesta última, por causa de mucosas mais vulneráveis). A relação sexual é a via mais importante de transmissão do vírus. Esta não depende da preferência sexual da pessoa, e pode atingir tanto os homens quanto as mulheres.
- **transmissão sanguínea**, no ato de **transfusão** (em casos de doença ou acidente), através de **seringas e agulhas contaminadas**, ou por exposição a sangue contaminado em caso de ferimentos. O primeiro caso ocorre particularmente com hemofílicos; o segundo, com usuários de drogas injetáveis.

- **transmissão fetal**, isto é, da mãe soropositiva para o feto ou recém-nascido. Isto pode ocorrer pelo sangue, durante a gravidez (placenta) ou no momento do parto, mas também pelo leite materno.

Não existe possibilidade de transmissão na convivência cotidiana, familiar, social ou profissional.

3.2. Como Prevenir

Apesar de todas as pesquisas em andamento, até hoje a AIDS **não tem cura**. Ainda não existe vacina eficaz contra ela. Por isto, as medidas de **prevenção** são fundamentais. Cabe evitar práticas de risco, como transar sem camisinha (preservativo), parceiros múltiplos, situações de promiscuidade, compartilhar seringas...

É importante saber que os **riscos** são maiores no caso de muitos parceiros sexuais; quando a parceria não é mutuamente exclusiva e antiga, o uso da camisinha é indispensável. Nas transfusões, o teste de controle do sangue e dos produtos derivados deve ser rigoroso. Cortes ou feridas não devem ser expostos ao contato com outras pessoas. Agulhas e seringas devem ser esterilizadas, se as compartilhadas com os pares.

Todo relacionamento sexual não protegido representa riscos de contaminação, em particular quando se conhece mal o parceiro. O conjunto de práticas sexuais sem risco é chamado de "sexo seguro" ("safe sex").

Em caso de dúvida, é importante fazer um **teste anti-HIV**. A presença de anticorpos específicos no sangue coletado é a prova da infecção pelo vírus. Ao saber que se é "soropositivo", é possível tomar precauções para não contaminar parceiros, para não se recontaminar (aumentando a carga viral), para evitar gravidez e para ter um acompanhamento médico adequado.

3.3. A Situação da AIDS no Mundo e no Brasil

Segundo os dados divulgados pela OMS, o número de **doentes de AIDS** (adultos e crianças) notificados no mundo inteiro, até final de 1994, atingia **mais de um milhão**. 42% foram notificados nos Estados Unidos, 9% na América Latina. Os casos estimados elevam-se a 4,5 milhões.

As estimativas quanto à **infecção pelo HIV** (sem manifestar a doença) são bem mais altas: **19,5 milhões no mundo inteiro** (dos quais 1,5 milhão de crianças), sendo 2 milhões na América Latina e 10 milhões na África Negra. Segundo a OMS, a epidemia de HIV/AIDS cresceu mundialmente, só em 1993, cerca de 60%.

No **Brasil**, até setembro de 1994, 56.000 casos foram notificados, sendo 76,8% na região do sudeste. A taxa por 100.000 habitantes é de 41,2 (95,2 na região sudeste).

Em termos absolutos, o Brasil é o segundo país com casos de AIDS, atrás apenas dos Estados Unidos. Nos últimos três anos, a proporção homem/mulher baixou para 4/1.

Quanto aos **modos de transmissão** (categorias de exposição), a **via sexual** é responsável, na média dos últimos 14 anos, por 47,9% (50,7% em 1993). A contaminação aumenta hoje mais rapidamente entre heterossexuais. Por **via sanguínea**, eleva-se a 27,2%, sendo 22,7% devido a UDI (25,9% em 1993). Esta última categoria demonstra um crescimento acelerado; incluindo as categorias de transmissão múltipla nas quais intervêm drogas, situa-se hoje acima de 30%.

O que mais se destaca nas tendências da pandemia no Brasil é o aumento de casos entre **mulheres e jovens**. Nas primeiras, os casos de AIDS passaram de 0,2% em 1985, para 26,8% em 1993. Neste último ano, 23% dos casos de sexo feminino associaram-se com UDI.

Entre **adolescentes** o número de casos passou de 0,2% em 1985 para 2,5%, aumento vinculado ao uso de drogas. Em 1993, 49% do total de casos de adolescentes ocorreu devido a UDI. Paralelamente, a transmissão heterossexual cresceu em comparação com a homo/bissexual.

O conjunto das ações preventivas encetadas pelo Ministério da Saúde visa hoje a promoção de práticas seguras quanto às transmissões sexual, sanguínea e vertical.

04. Uso de Drogas *Versus* AIDS

4.1. As Condutas de Risco dos UDI

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV cresceu muito entre **usuários de drogas injetáveis(UDI)**. No mundo inteiro, eles representam hoje o segundo grupo com condutas de risco.

O grupo dos UDI com certeza não é homogêneo, mas algumas características psico-sociais são comuns. Assim, a maioria vive na **marginalidade** ou clandestinidade, perseguida tanto pela repressão policial quanto pela opinião pública. A dependência de drogas é responsável pela desinserção familiar, social e profissional, em geral crescente, e provoca seu isolamento.

O fato de **compartilhar seringas e agulhas** expõe os UDI a elevados riscos de contaminação pelo HIV. Este, no entanto, não circula apenas entre os pares, mas como a maioria é sexualmente ativa, também entre seus **parceiros sexuais**, em particular mulheres. As práticas sexuais não protegidas representam uma ameaça séria para a saúde pública, reconhecida pelos responsáveis internacionais da OMS.

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

4.2. A Noção de Redução de Danos

Diante da confluência constatada de drogas e AIDS, a adoção de **novas medidas de prevenção** tornou-se urgente. Não faz sentido insistir na prevenção a drogas e esperar alcançar resultados, enquanto danos maiores espalham-se rapidamente no bojo do seu uso. A idéia de adotar práticas inovadoras para enfrentar a disseminação entre UDI surgiu, então, em países como Inglaterra, Holanda, Austrália, e alguns estados dos EUA.

Esta idéia é baseada nos resultados de pesquisas mostrando que mesmo os UDI mais inveterados são capazes, quando abordados em um contexto propício, de praticar medidas preventivas simples. Não com o objetivo imediato de parar de usar drogas, mas de usá-las sem correr riscos de se contaminar e/ou de transmitir o vírus. Da mesma maneira que não se preconiza a abstinência sexual, mas um sexo seguro, recomenda-se aqui um **“uso limpo”** de drogas, enquanto a dependência impede abster-se delas.

A proposta de **“redução de danos”** ou **“redução de riscos”** (*“harm reduction”*), sustentada hoje pela OMS e outros organismos das Nações Unidas, não dispensa o engajamento pela **“redução do uso”** ou **“redução da demanda”**, consideradas como meta ideal. Porém, diante do alastramento do HIV entre os UDI e, a partir deles, na população em geral, é imperativa a implantação de medidas que possam cortar a sua disseminação na raiz, ou seja, entre os próprios UDI.

A recomendação, portanto, é **tríplice**:

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

Desta forma, visa-se combater primeiro o **mal maior**, aquele que reside no perigo da AIDS. A dependência de drogas apresenta-se, então, como um mal menor, visto que afeta mais o próprio dependente, e só indiretamente a comunidade.

O objetivo de redução de danos encontra muita resistência e incompreensão, em particular por parte dos encarregados pela repressão. Ademais, pode entrar em choque com legislações desatualizadas. Para alguns, a idéia de um **“uso limpo”** de drogas é escandalosa. Mas ela não legitima o uso, e nem sequer o incentiva: corresponde a uma **medida emergencial** dentro de uma situação de calamidade pública.

Experiências internacionais mostram que tais ações, implantadas com lucidez e circunspeção, no bojo de toda uma programação preventiva, levam a uma **diminuição sensível** da infecção pelo HIV entre os UDI e seus parceiros; a mais longo prazo, pelo potencial de conscientização que contêm, conduzem a uma redução do consumo e suscitam demandas de tratamento.

4.3. Os Métodos de Redução de Danos

Para alcançar estes resultados, vários métodos estão sendo praticados, e atualmente em fase de implantação também no Brasil. Como os UDI representam, no conjunto, uma população-alvo desconfiada e de difícil acesso, recomenda-se o trabalho “face à face” ou “corpo a corpo” (*out-reach work*), capacitando (ex-) usuários como agentes de saúde multiplicadores, para divulgar as medidas preventivas. Falando a linguagem, conhecendo e compartilhando os hábitos e valores dos seus (ex-) pares, eles detêm maior habilidade e credibilidade para transmitir os princípios do “uso limpo”. Os processos de **capacitação** de tais agentes são complexos. Eles serão organizados por Centros de Referência ou por educadores de rua preparados para os contatos com UDI, recrutando voluntários para este aprendizado especializado.

A prática das medidas preventivas inovadoras é baseada na distribuição de **kits para limpeza** de seringas e agulhas, contendo hipoclorito de sódio (água sanitária) e instruções adequadas. Outrossim, é prevista a organização de **trocas de seringas** usadas (em seguida incineradas) contra novas, esterilizadas e descartáveis. Ambas as práticas são completadas ao colocar **preservativos** à disposição dos usuários.

O conjunto destas ações está sendo implantado em lugares discretos (centros de acolhimento e postos de saúde), de fácil acesso, e resguardando o anonimato dos usuários.

A conscientização quanto à dramaticidade da situação do HIV entre UDI fica a cargo dos agentes de saúde recrutados e capacitados. Ao transmitir as idéias e técnicas da redução de danos, conta-se com a criação de **efeitos multiplicadores** entre os usuários, seus pares e parceiros, para que as práticas protetoras contra a transmissão parenteral e sexual do HIV tornem-se efetivas.

As propostas de redução de danos entre UDI são complexas, polêmicas, e de execução delicada. Porém, a experiência internacional mostra que elas são **bem sucedidas**, ou mesmo que são as únicas que “funcionam”, diminuindo as incidências de infecção. Para tanto, elas exigem profissionais devidamente capacitados para a inovadora tarefa, bem como uma vontade política inquestionável.

Como a incidência do HIV entre UDI é particularmente elevada **ao longo das rotas do narcotráfico**, prioridade para a implantação de tais programações será atribuída aos estados e localidades mais afetados. No Brasil, trata-se em primeiro lugar de cidades portuárias, onde as taxas de soropositividade entre UDI situam-se entre 20% e 60%, ou seja, as mais altas do mundo). Cidades grandes do interior, ao longo das rotas, ou próximas às fronteiras com os países andinos, serão igualmente contempladas.

Para que as programações preventivas ora em implantação sejam bem sucedidas, é indispensável a colaboração das autoridades locais e regionais. Cabe sensibilizá-las quanto ao perigo da epidemia da AIDS para a saúde pública, e à urgência de medidas inovadoras e realmente eficazes; informadas, aceitam mais facilmente mobilizar-se para apoiar as medidas com coragem e lucidez, não obstante eventuais resistências políticas, policiais, jurídicas ou mesmo populares.

Como estas são sempre baseadas no desconhecimento do problema, debates públicos ou campanhas de esclarecimento e conscientização sobre a real situação de ameaça podem abrir o caminho, removendo

obstáculos baseados em preconceitos e medos - que, de fato, só favorecem a propagação do HIV e da AIDS, aumentando ainda mais a incidência da pandemia entre a população.

05. A Prevenção a Drogas e AIDS nas Escolas

5.1. A Idéia de Educação Preventiva

No panorama internacional, é consenso hoje que a melhor maneira de investir na **redução da demanda** por drogas reside em programações amplas de **educação preventiva**. No entanto, para tornar-se eficaz na formação de hábitos, atitudes e valores condizentes com a meta prioritária da **valorização da vida**, esta deve ultrapassar o enfoque da droga, e englobar outros aspectos fundamentais para a realização pessoal e social do jovem.

A idéia de prevenção deve integrar o processo educativo básico de maneira permanente. Trata-se, através de ações contínuas, de alcançar a comunidade escolar como um todo, e de sensibilizar e mobilizar a coletividade para as novas abordagens. Visando sempre a **formação do jovem**, as informações transmitidas difundirão conhecimentos sobre as possíveis causas e conseqüências individuais e coletivas das diversas condutas de risco, desenvolverão as capacidades de comunicação, decisão e adaptação, e fortalecerão a identidade social e a participação nos interesses comunitários.

No conjunto, ela se fixa como **objetivo geral a capacitação do jovem** para que possa adotar condutas positivas com espírito crítico e criativo, dispensando a procura de riscos desnecessários. Enquanto empreendimento a longo prazo, visa a construção de mentalidades novas, capazes de encetar novos objetivos sociais. Para tanto, prioriza o apoio aos valores próprios de cada sociedade, e a utilização dos recursos locais, seja nas escolas, seja nas estruturas comunitárias.

Promulgadora da idéia da educação preventiva, a **UNESCO** considera que o uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, bem como as DST e a AIDS, são problemas da sociedade, a serem enfrentados com a promoção de melhorias na qualidade de vida e no respeito à cidadania e aos direitos humanos. Com esse intuito, a **escola** está sendo apontada como o espaço mais adequado para o desenvolvimento de ações preventivas.

5.2. O Papel da Escola e do Educador

A abordagem moderna da educação preventiva vê a escola voltada para a formação integral da criança e do adolescente. Porém, para **otimizar seu potencial transformador**, ela precisa refletir sobre as contradições, desacertos e dilemas que permeiam as interações sociais; precisa aprofundar sua visão do homem para propiciar transformações resultando em um maior desenvolvimento do aluno como ser integral.

Tal **atendimento integral** só será possível com a participação efetiva de todos os integrantes do universo escolar, por meio de debates, trocas de experiência, posicionamentos individuais e coletivos, e cooperação permanente. Ora, querendo encetar uma postura voltada para a valorização da vida, é mister abordar o aluno não apenas no aspecto cognitivo ou como alvo de transmissão de conhecimentos, mas envolvendo a sua totalidade dinâmica: para o seu desenvolvimento integral não basta propor informações técnicas ou científicas; é preciso criar espaços na própria organização escolar para a manifestação dos seus sentimentos, emoções e valores, a fim de propiciar processos de integração afetiva e cultural.

A **figura do educador** é a peça-chave para a implantação de programas de educação preventiva. Para que possa desenvolver as ações idealizadas é preciso que passe ele mesmo por um processo amplo e aprofundado de **capacitação**, tanto cognitiva quanto metodológica e vivencial.

De fato, o corpo docente declara-se, com grande frequência, despreparado para a abordagem dos temas propostos. Logo, a sua formação é fundamental para que a transmissão das idéias preventivas detenha credibilidade, por meio de posturas seguras, autênticas e lúcidas, substituindo os preconceitos que alimentam medos e inseguranças por conceitos criteriosos. Estes serão comprovados cientificamente, e contextualizados, no que tange à realidade concreta, escolar e comunitária.

Por outro lado, o próprio educador precisa ser **valorizado**, inclusive na sua remuneração, para que possa incumbir-se das suas tarefas com dignidade e convicção.

Como **princípios básicos** para a implantação de ações de educação preventiva integral, pode-se pautar:

- todas as ações desenvolvidas nas unidades escolares devem estar inscritas no contexto histórico, político, econômico e sócio-cultural de cada região;
- as atividades preventivas devem permear o currículo escolar de maneira contínua, e ser realizadas por professores devidamente familiarizados e capacitados nas mais diversas disciplinas;
- a escola deve buscar a participação de todos os segmentos da comunidade escolar, envolvendo pais e famílias, bem como a integração com outras ações e entidades;
- as ações implantadas devem ser acompanhadas e supervisionadas por especialistas em educação preventiva, responsáveis pela capacitação aprofundada do corpo docente;
- a continuidade das ações deve ser garantida por infra-estruturas institucionais e orçamentárias estáveis, pois as intervenções voltadas para a melhoria da qualidade de vida só surtem efeitos a médio e longo prazo.

Para implantar ações de educação preventiva, é fundamental **criar ambientes** onde as relações e informações favoreçam o desenvolvimento integral do educando. Para tanto, o planejamento das ações deve contemplar atividades específicas (direcionadas para as informações técnico-científicas) e outras inespecíficas (esporte, teatro, música, participação comunitária).

É preciso levar os responsáveis da escola a assumir seu **papel de agente preventivo** nas questões de agravo à saúde. Para subsidiar as ações cabem diagnósticos criteriosos de cada unidade escolar, a fim de que suas peculiaridades sejam respeitadas, durante as intervenções.

5.3. Conteúdos Mínimos de Capacitação

Para desenvolver ações voltadas à melhoria da qualidade de vida, a capacitação do corpo docente será cuidadosamente planejada, executada com metodologias flexíveis e participativas, e avaliada durante e ao final do processo. Ela deve incluir uma série de **temáticas específicas**, dizendo respeito aos fatores de risco e agravos à saúde, e outras **inespecíficas**, focalizando os fatores protetores da saúde física e mental.

Preconiza-se abordar **5 módulos temáticos** de educação preventiva, contemplando temas relacionados com adolescência, sexualidade, DST/AIDS, drogas, ecologia humana e cidadania.

5.3.1. Adolescência

Neste item, referente às múltiplas interfaces do jovem consigo mesmo, com seus pares, com família, escola e sociedade, cabe discutir e transmitir, de maneira serena, conhecimentos objetivos e integradores sobre:

- crescimento e desenvolvimento físico, aspectos biológicos e endócrinos, maturação sexual, instabilidade emocional;
- integração psicossocial e cultural, participação nas responsabilidades da comunidade, iniciativas alternativas;
- papel da escola, da família e da comunidade no desenvolvimento da personalidade do adolescente;
- problemas comuns à adolescência: identidade, ídolos, identificação grupal, idealizações, contestações de valores, denúncias, agressividade, transgressões;
- atração por condutas de risco, agravos à saúde do jovem;
- despertar da sexualidade, atração hetero e homossexual, contracepção, gravidez da adolescente;
- estudos, escolha profissional, inclinações vocacionais, mercado de trabalho;
- atividades esportivas e culturais, lazer, inventividade;
- atividades alternativas a serem desenvolvidas nas famílias, escolas e comunidade.

5.3.2. Sexualidade

Entre os aspectos relevantes da sexualidade, cabe discutir:

- histórico da sexualidade, das relações entre gêneros, dos ideais de homo ou heterossexualidade, mono ou poligamia, namoro, casamento, separação, desquite, divórcio;
- aspectos biológicos da maturação sexual: anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutivos femininos e masculinos, concepção, gravidez e parto; prazer sexual, masturbação, contracepção;
- aspectos psicológicos: identidade masculina e feminina, processos de identificação sexual, erotismo, atração, escolha, fidelidade, desejo, amor;
- aspectos sociais: família, valores morais, papéis e relações de gênero, mitos sexuais, preconceitos, machismo, liberdade sexual, tradições e modernidade, modismos, consumismo;
- temas polêmicos: abstinência, prostituição feminina, masculina e infantil, proxenetismo, bissexualidade, travestismo, aborto, gravidez precoce, estupro, violências sexuais, sadomasoquismo, perversões, pornografia, sexo grupal, promiscuidade;
- manifestações sexuais na escola, na família, na sociedade, nos meios de comunicação e na propaganda.

5.3.3. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS

Entre as possíveis conseqüências de uma vida sexual não ou mal protegida, intempestiva ou imprudente, cabe discutir:

- categorias de DST, modos de contágio, sintomas, conseqüências orgânicas e psíquicas, tratamento;
- medidas de prevenção *versus* condutas de risco; práticas sexuais protegidas, prevenção em caso de uso de drogas e de transfusões de sangue;
- histórico da AIDS e do HIV, sistema imunológico, modos de transmissão; soro-positividade, manifestações sintomáticas, infecções oportunistas, evolução da doença, fase terminal;
- conceitos epidemiológicos globais; evolução dos modos de transmissão, das prevalências e fatores de risco, e da mortalidade;
- aspectos sociais e éticos: mitos, preconceitos, medos, discriminação, exclusão social, perseguição, assistência, tratamento, perspectiva da morte, direitos humanos;
- medidas de prevenção *versus* condutas de risco, sexo seguro, redução de danos; prevenção da transmissão sexual, parenteral e fetal (vertical);

- manifestações de DST e AIDS na escola, na família e na comunidade; abordagens e distorções nos meios de comunicação.

5.3.4. Drogas

Quanto à presença de drogas na sociedade e ao alastramento do seu consumo, eis os itens a serem discutidos com os alunos:

- abordagem histórica e antropológica do uso de drogas, das sociedades antigas até hoje; sentido do uso cultural, em rituais, festividades religiosas e profanas, ritos de iniciação e exorcismo, práticas xamanísticas e curativas;
- situação das drogas lícitas e ilícitas nas sociedades modernas; legislação, consumismo e pressões sociais, contexto sócio-econômico da produção, narcotráfico e repressão; consumo de drogas como questão policial *versus* questão social; mitos, medos e preconceitos, ideologias e valores;
- classificação das drogas, principais grupos e produtos, seus efeitos, danos e usos terapêuticos; conceitos básicos de uso e abuso, dependência, tolerância e escalada;
- epidemiologia do consumo de drogas na realidade brasileira: álcool, fumo, medicamentos psicotrópicos, inalantes e outras drogas; custos sociais;
- motivações para uso e abuso, personalidade do usuário, tipos de usuários, abuso como conduta de risco ou transgressão; drogas na adolescência, família, escola, comunidade, drogas e miséria social, violência e delinqüência;
- prevenção ao uso indevido de drogas, princípios de educação preventiva; a informação a serviço da formação; prevenção na escola, família, empresa, comunidade; ética da prevenção, objetivos e valores;
- tratamento do dependente de drogas, desintoxicação, psicoterapia, comunidade terapêutica, reinserção social;
- drogas e AIDS, prevenção do HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDI), redução de danos, formação de agentes de saúde entre usuários, práticas preventivas específicas;
- drogas e meios de comunicação; objetividade *versus* sensacionalismo, alarmismo, narco-fascínio, distorção dos fatos, emocionalidade, ocultação dos agravos à saúde causados pelas drogas lícitas.

5.3.5. Ecologia Humana e Cidadania

O objetivo da inclusão deste módulo é de colocar os temas anteriores dentro de uma visão da saúde mais global, mais sistemática e mais sintética. Embora partes fundamentais, as temáticas recebem sua **configuração** concreta somente pela referência ao **conjunto contextualizado** da vida humana, sempre indissociavelmente bio-psico-social. Este conjunto é permeado de **valores** filosóficos, religiosos e morais, e de **sentidos** a serem revelados na existência dos sujeitos singulares. Cabe à educação preventiva integral discuti-los nos seguintes aspectos:

- preservação do meio ambiente e da vida: o papel do homem e da produção humana no (des) equilíbrio dos ecossistemas;
- a importância da interação comunitária, de redes de solidariedade, da comunicação nas relações humanas, do espírito democrático no respeito às diferenças, no respeito a si, ao outro, ao ambiente e ao patrimônio humano;
- o valor dos símbolos culturais na construção da cidadania, nos processos de relacionamento interpessoal, no desenvolvimento científico e tecnológico e na preservação da saúde pública e planetária;
- indicadores de qualidade de vida como protetores da saúde: condições condizentes de habitação, alimentação, higiene, infra-estrutura e saneamento básico; atividades esportivas e de lazer, expressão cultural e artística, participação política e comunitária; condições de trabalho, valorização existencial ética e religiosa; respeito aos valores e direitos humanos; educação para a saúde; o respeito ecológico e os princípios da cidadania;
- indicadores de qualidade de vida como agressores à saúde: poluição e depredação ambiental; fome, miséria, desemprego, analfabetismo, condições de insanidade; violências interpessoal e institucional, desrespeito no trânsito, corrida armamentista; vida sedentária, condutas de risco voluntárias ou involuntárias; fatores ligados aos desequilíbrios da organização social, à injustiça, à impunidade, ao desrespeito das leis e às dificuldades de acesso aos serviços essenciais.

Os tópicos enumerados mantêm numerosas interfaces. Contemplá-los nas programações de educação preventiva integral objetiva a abertura de caminhos novos para uma **prevenção com feições humanas**, priorizando a **melhoria da qualidade de vida**. Ao mostrar como a grande maioria dos desequilíbrios é produzida pelo homem, aponta-se a responsabilidade do mesmo: incumbe a ele aprender a controlá-los, não mediante regras censórias, mas por uma identificação progressiva com a valorização da vida, a bascar-se nos próprios valores culturais.

Cabe à **escola** ensinar de tal forma que o aluno compreenda melhor as contradições e dilemas, mas também os valores e potencialidades da sociedade; deste feito, ele será incentivado a buscar alternativas saudáveis, ao invés de condutas de risco, e a valorizar aquelas relações interpessoais e sociais que propiciam uma convivência responsável e solidária.

5.4. Metodologia, Acompanhamento e Supervisão.

Todas as ações preventivas a serem desenvolvidas nas escolas exigem planejamento, execução com registro de atividades e avaliação. Já no primeiro, a participação da comunidade escolar é essencial para garantir a fixação de metas consensuais.

As temáticas a serem apreendidas são **polêmicas**, para alguns angustiantes. Logo, a capacitação dos educadores não pode basear-se na mera exposição de conhecimentos. Para ser assimilada de modo aprofundado, e para facilitar a transmissão operacional, tem que ser **vivencial**: os conteúdos devem tocar as esferas tanto cognitiva quanto afetiva, através de dramatizações, dinâmicas de grupo, estudos de caso, discussões contrastantes e outras técnicas mobilizadoras de participação efetiva.

O processo de aprendizagem não corresponde a uma assimilação superficial de conteúdos decorados, ou a um treinamento para executar tarefas fixas. Pelo contrário, visa uma assimilação por meio de uma **reflexão crítica**, estimulando criatividade e espírito de iniciativa, a serem desenvolvidas no contexto concreto da escola e dos problemas nela enfrentados. Por esta razão, a metodologia de capacitação mais adequada situa-se na **linha participativa-constructivista**.

Os cursos consagrados aos diversos módulos serão suficientemente **extensos** para abarcar a complexidade das temáticas. Contudo, não poderão ser ministrados a turmas demasiadamente grandes, senão as temáticas não serão vivenciadas. É preciso assegurar a adesão de todos os integrantes, dando-lhes voz e voto na elaboração de um saber não apenas teórico, mas de aplicabilidade pragmática e inovadora.

Para tanto, os educadores devem ter a possibilidade de **expressar** suas necessidades, dúvidas, fantasias, barreiras, limitações e potencialidades. A **presença física** das equipes de capacitação é imprescindível para que haja interação, e para que as expressões dos educadores possam ser entendidas e discutidas, como parte fundamental do processo de assimilação.

As equipes dos Centros de Treinamento, elas mesmas capacitadas de modo aprimorado, devem assegurar **acompanhamento e supervisão** dos projetos a serem desenvolvidos pelos educadores nos seus lugares de trabalho. Assim, as informações transmitidas, as formações processadas e as propostas elaboradas no período de capacitação serão checadas e realimentadas, assegurando sua transformação em ações preventivas efetivas.

A realização de grupos de estudo e discussão, de orientações técnicas e de reuniões regulares com todos os segmentos da comunidade escolar, inclusive as famílias, será incentivada pelos Centros de Treinamento. Estes responsabilizar-se-ão, também, pelas **avaliações** periódicas formativas, de processo, de resultado e de impacto.

A experiência mostra que ações preventivas bem planejadas e executadas, com a participação de alunos, educadores e famílias, acarretam benefícios para o rendimento escolar. Ao estimular o desenvolvimento integral da criança e do adolescente, elas favorecem sua permanência na escola, diminuem as repetências e incrementam a adesão afetiva e cognitiva às programações, em particular quando assumidas pela comunidade escolar como um todo.