



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

AGNES CAROLINE SOUZA PINTO

**CÍRCULO DE CULTURA COM JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/CRACK
VISANDO À PREVENÇÃO DO HIV/AIDS**

FORTALEZA

2013

AGNES CAROLINE SOUZA PINTO

CÍRCULO DE CULTURA COM JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/*CRACK*
VISANDO À PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Enfermagem e Odontologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

FORTALEZA

2013

AGNES CAROLINE SOUZA PINTO

CÍRCULO DE CULTURA COM JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/CRACK VISANDO
À PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz (Membro efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert (Membro efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga (Membro suplente)
Universidade Federal do Ceará – UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre presente em minha vida, nunca me deixou desistir nos momentos mais difíceis, e me deu a bênção de alcançar este objetivo tão sonhado.

Aos meus pais, Maurício e Sandra que sempre são o suporte que preciso para alcançar os meus objetivos. Eles são os meus incentivadores, e entendem a minha ausência em momentos necessários, advinda da distância geográfica que nos separam.

Aos meus irmãos, Camila, Maurício Filho, Valquíria e Candice. Vocês também me ajudaram com momentos de felicidade e brincadeiras.

Ao meu “namorado” Flávio, que tem sido um verdadeiro companheiro de todas as horas, apesar desta distância que nos separa, você está sempre me apoiando nas minhas decisões. Obrigada pelo seu amor, pela paciência e pelo cuidado com a nossa vida.

À professora Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, minha querida orientadora. Obrigada por ter tido o privilégio de ter sido sua primeira bolsista em 2005, e poder aprender com você todo esse tempo. Você é muito importante neste meu crescimento acadêmico, e também como pessoa, pois a tenho como amiga muito valiosa.

À banca examinadora: Professora Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, Dra. Violante Augusta Batista Braga e Dra. Fabiane do Amaral Gubert, pelas valiosas contribuições e construção deste conhecimento.

Às professoras Ângela, Ana Kelve, Dalva, Marli, pelas orientações pertinentes na minha trajetória na instituição.

A todos os colegas do mestrado e do doutorado, pessoas maravilhosas que compartilharam comigo todos os momentos desta longa caminhada.

Ao Grupo de Pesquisa AIDS: educação e prevenção, por ser uma família nestes oito anos de convivência.

Às pessoas queridas que fazem a equipe do Desafio Jovem do Ceará, por terem me dado a oportunidade de aprender e me aprofundar nesta temática tão importante, e de terem acreditado no nosso trabalho.

Aos jovens que tornaram esse projeto uma realidade e me proporcionaram um aprendizado enorme. Obrigado também pela amizade e confiança durante todo este trabalho juntos.

Aos amigos queridos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFCE) e do Hospital da Mulher, que contribuíram direto e indiretamente para que este sonho pudesse se tornar realidade.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) começou a ser reconhecida como problema de saúde pública, tem havido preocupação crescente com o papel desempenhado pelos usuários de drogas na disseminação global do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sendo esta, atualmente, a segunda causa de morte entre eles. O estudo apresenta como objetivo geral promover, por meio dos Círculos de Cultura, espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção do HIV/aids junto aos jovens usuários de cocaína/*crack*. Trata-se de pesquisa-ação, realizada de janeiro a setembro de 2012. Os sujeitos do estudo foram dez jovens usuários de cocaína/*crack*, do sexo masculino, com idade entre 18 e 24 anos, acompanhados para tratamento de dependência na comunidade terapêutica Desafio Jovem do Ceará. Os instrumentos e as técnicas utilizados para coleta das informações foram: entrevista semiestruturada, observação-participante, registro fotográfico, gravação dos discursos e registro em diário de campo. Como método e técnica para articular a dimensão coletiva e interativa da investigação proposta pela pesquisa-ação, utilizou-se o Círculo de Cultura. Deste modo, foram realizados seis Círculos de Cultura construídos de acordo com as seguintes etapas: o conhecer do universo individual e coletivo, seleção dos temas, dinâmicas de sensibilização e problematização, reflexão teórico-prática, construção coletiva do conhecimento e avaliação de cada círculo. Neste sentido, os jovens discutiram e refletiram sobre: o viver dos jovens com as drogas, a vulnerabilidade do usuário de drogas ao HIV/aids, a relação da Aids com as drogas, a prevenção e a transmissão do HIV/aids e o que aprendemos sobre Aids? Os resultados dessas discussões foram os seguintes: no início dos círculos, os jovens demonstraram conhecimento sobre a aids bastante incipiente e desarticulado, com predominância de mitos; relataram nunca terem feito uso de drogas injetáveis, porém se consideravam vulneráveis às DST/aids visto que o compartilhamento de canudos e cachimbos para o uso da cocaína/*crack* e a perda da consciência favoreciam ao não uso do preservativo durante as relações sexuais e à multiplicidade de parceiros; os amigos desses jovens foram os principais fatores de risco para que viessem a experimentar as drogas; as festas, as “raves” eram lugares propícios para o início do uso de drogas, porém casas abandonadas, escolas, e casas dos amigos, também foram incluídas como opções para o consumo de drogas, e que a religião era muito importante para que os jovens decidissem não usar mais as drogas e iniciassem o tratamento para dependência. O processo educativo despertou nos nossos jovens o interesse e a necessidade de conversar com seus pares acerca da problemática que envolvia as DST/aids e as drogas, e além disso ensinou várias maneiras de trabalhar a questão das drogas nas escolas com crianças e adolescentes que ainda não são usuários, ratificando que o círculo possibilita a reflexão e a transformação do sujeito e do meio no qual ele está inserido. Diante do exposto, o enfermeiro pode trabalhar com metodologias dialógicas e participativas, como a de Paulo Freire, para favorecer a reflexão crítica do educador e educando em prol da prevenção de DST/aids em usuários de cocaína/*crack*.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Saúde. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Adolescente. Drogas Ilícitas.

ABSTRACT

Since the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) began to be recognized as a public health problem, there has been a growing concern about the role of drug users in the global spread of the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which is currently the second leading cause of death among them. The main objective of this study is to promote, through Culture Circles, a critical and reflective space on the prevention of HIV/AIDS among adolescent cocaine/crack users. This is an action research carried out from January to September 2012. The study subjects were ten adolescent cocaine/crack users, male, aged between 18 and 24 years, followed for chemical dependence treatment in the therapeutic community Desafio Jovem do Ceará. The instruments and techniques used for data collection were semi-structured interviews, participant observation, photographic register, recording the speeches and field diary. As method and technique to articulate the collective and interactive dimension of the investigation proposed by action research, we used the Culture Circles. Thus, six Culture Circles were designed according to the following steps: knowledge of the individual and collective universe, themes selection, awareness and problematization dynamics, theoretical and practical reflection, collective construction of knowledge and assessment of each circle. For this purpose, the adolescents discussed and reflected on the life of adolescents with drugs, the vulnerability of drug users to HIV/AIDS, the relationship between AIDS and drugs, prevention and transmission of HIV/AIDS and what we learn about AIDS. The results of these discussions were: in the beginning of circles, the adolescents demonstrated incipient and disjointed knowledge on AIDS, with prevalence of myths; they reported never having made use of injectable drugs, but considered themselves vulnerable to STD/AIDS, since they share straws and pipes for the use of cocaine/crack and the loss of consciousness favored the non-use of condom during intercourse and multiple partners; the friends of these adolescents were the main risk factors in starting to use drugs; rave parties were favorable places for beginning to use drugs, however abandoned houses, schools and friends' houses were also included as options for drug consumption; and that religion was very important for adolescents stop using drugs and begin chemical dependence treatment. The educational process arouse in adolescents the interest and the need to talk to their peers about issues involving STD/AIDS and drugs, and also taught several ways to work the issue of drugs in schools with children and adolescents who are not yet drug users, confirming that culture circles enable reflection and transformation of the subjects and the environment associated. Based on the above considerations, nurses can work with dialogical and participatory methodologies, such as Paulo Freire's, to encourage critical reflection of the educator and educate seeking the prevention of STD/AIDS among cocaine/crack users.

Keywords: Nursing. Health Education. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Adolescent. Street Drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Modelo hegemônico e dialógico de educação em saúde	36
Quadro 2 Relação entre o Método Paulo Freire e o Círculo de Cultura aplicável a este estudo com jovens usuários de cocaína/ <i>crack</i>	53
Figura 1 Painel Conhecendo o viver dos jovens com as drogas.....	71
Figura 2 Grupo reunido discutindo sobre os vídeos apresentados	78
Figuras 3 e 4 Preparação e dramatização sobre o uso de drogas e a contaminação pelo HIV, elaborado pelos participantes do 2º Círculo de Cultura	80
Figuras 5 e 6 Preparação e dramatização sobre o uso de drogas e a não contaminação pelo HIV, elaborado pelos participantes do 2º Círculo de Cultura	81
Figura 7 Os participantes colhendo as assinaturas durante a primeira dinâmica do 3º Círculo de Cultura.....	84
Figura 8 Os participantes lendo os conselhos que dariam para um amigo usuário de drogas para ele se prevenir do HIV	85
Figuras 9 e 10 Os participantes do 3º Círculo pensando e criando as suas esculturas	87
Figuras 11 e 12 Apresentação das esculturas em massa de modelar sobre a relação das DST/aids e as drogas, elaborado pelos participantes do 3º Círculo de Cultura	87
Figuras 13 e 14 Imagens do Jogo “Sexo, Drogas e Rock e Roll”	89
Figuras 15 e 16 Imagens dos participantes completando o Jogo: O que sabemos sobre HIV/aids?.....	91
Figuras 17 e 18 Imagens dos participantes completando o Jogo estilo Dominó sobre o conhecimento do corpo e prevenção das DST/aids e apresentação <i>power point</i> para complementar o jogo.....	93
Figura 19 Painel intitulado: O que representa para vocês as DST/aids? Elaborado pelos participantes do 5º Círculo de Cultura	95
Figuras 20 e 21 Os grupos cantando e fazendo som durante as apresentações das paródias e dos <i>reps</i> , elaborado durante o 5º Círculo de Cultura	100
Figura 22 Jovens pintando as telas, durante o 6º Círculo de Cultura.....	102
Figura 23 Mural criado através das telas pintadas pelos jovens participantes do 6º Círculo de Cultura.....	103

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Imersão da pesquisadora na temática	10
1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática	12
2 OBJETIVOS	19
2.1 Geral	19
2.2 Específicos	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Vulnerabilidades e influência para uso de drogas na adolescência e juventude.	20
3.2 Problemática do uso de cocaína/crack e sua relação com a infecção pelo HIV/Aids	25
3.3 Políticas Públicas relacionadas às drogas	27
3.4 Contextualização da educação em saúde para o trabalho com jovens	32
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	41
4.1 Círculo de Cultura: do criador ao método	41
5 METODOLOGIA	47
5.1 Tipo de estudo	47
5.2 Cenário do estudo	47
5.3 Período	49
5.4 Sujeitos do estudo	50
5.5 Instrumentos e procedimentos para coleta das informações	51
5.6 Análise dos dados	54
5.7 Procedimentos éticos	55
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
6.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	57
6.2 O conhecer do universo individual	57
6.3 O conhecer do universo coletivo a partir dos Círculos de Cultura	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	119
ANEXOS	127



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 Imersão da pesquisadora na temática

O interesse em abordar a atuação do (a) enfermeiro (a) na educação em saúde surgiu desde 2005, na graduação em Enfermagem, período em que a autora/pesquisadora descobriu a relevância desta temática como instrumento de mudança de comportamento na vida das pessoas. Percebeu que o profissional enfermeiro poderia viabilizar esta mudança ao propiciar junto a pessoas e grupos, por meio da reflexão crítica durante as ações educativas, um processo de construção de empoderamento a uma melhor qualidade de vida.

Na trajetória acadêmica, destaca-se a oportunidade que obteve ao participar do Programa Institucional de Iniciação Científica e Tecnológica (PIBIC), da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), do Projeto AIDS: Educação e Prevenção, momento em que aprendeu a exercitar o pensamento crítico e o conceito de que promover saúde dependia da participação ativa da população informada no processo de mudança, sendo a educação em saúde ferramenta de vital importância nas atividades desenvolvidas na escola e comunidade.

Ao desenvolver atividades na escola, como integrante do Projeto AIDS: Educação e Prevenção, da Universidade Federal do Ceará (UFC), a pesquisadora aproximou-se da realidade dos adolescentes e observou que nos últimos cinco anos de atuação do Projeto as drogas estiveram próximas a esta população, visto que em oficinas realizadas nas escolas sobre este tema, perceberam-se o conhecimento prévio dos alunos, a participação e adesão efetiva.

Ressalte-se que, ainda como facilitadora dessas mesmas atividades nas escolas, teve contato com jovens usuários de drogas que se manifestavam como usuários, durante ou após as oficinas desenvolvidas sobre a temática, emergindo assim, inquietações em descobrir os motivos pelos quais os adolescentes estavam utilizando drogas e se existia essa associação usuários de drogas injetáveis (UDI) e HIV/aids. Outro ponto observado pela pesquisadora enquanto acadêmica de enfermagem foi a demanda de saúde no espaço escolar. Torres (2009), em estudo acerca desta problemática, constatou que esta demanda advinha de outras

necessidades, como a carência na formação do professor para ministrar assuntos em torno da saúde e as demandas de saúde do adolescente que se sobressaía no ambiente escolar.

Assim, consolidou-se o interesse para apropriação de conhecimentos sobre o adolescente principalmente *in loco*, ou seja, no local em que estava inserido, fosse em escola, abrigos ou instituições de tratamento para dependência, a fim de melhor direcionamento das atividades desenvolvidas com os adolescentes.

Ao iniciar a experiência profissional, como enfermeira, na Estratégia Saúde da Família, a autora buscou por trabalhar a questão da educação em saúde em relação à prevenção do HIV/aids. Posteriormente, ao atuar no Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia (IFCE), em Maracanaú, em 2009, foi possível dar continuidade ao desenvolvimento de ações junto aos jovens do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), o qual reforçou, mais uma vez, as temáticas deste estudo: drogas e redução de danos, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/aids, questões de gênero e sexualidade, dentre outras.

Outra oportunidade que agregou conhecimentos e experiências foi a participação da autora como membro do Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD), do município de Maracanaú, no qual objetivava o combate direto ao uso de drogas na juventude, com atividades, tratamento, recuperação e reinserção social de dependentes e prevenção ao uso indevido, e à disseminação do tráfico de drogas, este último o mais enfatizado e abordado.

Diante da experiência obtida durante a graduação e na vida profissional, percebeu-se a necessidade de realizar estudos que visassem ao fortalecimento de ações de educação em saúde com usuários de drogas com enfoque na prevenção do HIV/aids.

Ao evidenciar o interesse pela temática, realizaram-se estudos bibliográficos em bases de dados científicas reconhecidas academicamente, e observaram-se poucos estudos nacionais e internacionais de Enfermagem sobre o tema Cocaína/*Crack*, principalmente, com enfoque na promoção da saúde destes usuários.

1.2 Objeto de estudo e delimitação da problemática

Desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) começou a ser reconhecida como problema de saúde pública, tem havido preocupação crescente com o papel desempenhado pelos usuários de drogas na disseminação global do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) (HACKER *et al.*, 2005).

A epidemia de aids não progride de maneira uniforme entre as populações, estando sujeita a variações de hábitos, atitudes e comportamentos da população em diferentes ambientes sociais, culturais, econômicos, legais e políticos.

A população de UDI é aquela em que o HIV se dissemina mais rapidamente. Além da via de exposição parenteral ser extremamente eficiente do ponto de vista da transmissibilidade, existe acentuada rede de interação neste grupo, cujo compartilhamento de equipamentos de injeção, assim como o uso de drogas pré-preparadas, é incentivado por hábitos (CARVALHO; SEIBEL, 2009).

Para compreender o modo e o porquê de a epidemia do HIV se disseminar tão rapidamente entre os UDI, é necessário mais do que o conhecimento dos determinantes de riscos individuais, deve-se considerar também as pré-condições da epidemia em cada região, e como os fatores sociais e materiais em cada região podem promover a intensa propagação do HIV (HACKER, 2006).

Entre os fatores sociais e materiais de cada região que contribuem para compreensão da dinâmica da população de UDI e de como o HIV se dissemina nessa população, incluem-se o padrão do uso de drogas (a transição das vias de consumo, as rotas do tráfico, os métodos de produção das drogas), a disponibilização dos equipamentos de injeção (por exemplo, o fato da tentativa de controlar a circulação e disponibilidade desses equipamentos no mercado poderem aumentar o hábito de compartilhamento dos mesmos), a interação social entre a população de UDI e não UDI, e a situação social e política (influenciando no surgimento e manutenção do tráfico e ampliação do consumo de drogas) (STRATHDEE *et al.*, 2010).

Em meio a essa realidade, percebeu-se que o abuso de cocaína desenvolveu-se muito rapidamente nos últimos vinte anos nos Estados Unidos (EUA). Tradicionalmente,

usuários consumiam a forma cloridrato de cocaína e poucos a injetavam. Entretanto, em meados da década de 1980, o *crack*¹ foi desenvolvido e tornou-se a forma mais popular para muitos usuários nos EUA. Sua popularidade iniciou-se em comunidades do interior e, pouco tempo depois, a droga começou a ser noticiada pela mídia. Relatos de jornais e televisão começaram a descrever o uso do *crack* como epidemia e praga (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

Devido ao baixo custo, o *crack* tem tido entrada muito mais intensa nas populações de baixa renda. Porém, o preço mais acessível é ilusório. Ao considerar que o efeito do *crack* perdura apenas por cinco minutos, que o uso compulsivo e o padrão *binge*² de consumo estabelecem-se muito rapidamente e, ainda, que nessa fase o usuário consome *crack* até a exaustão ou até findar seu suprimento de droga, comparativamente ao uso de cocaína por outras vias, o usuário de *crack* consome muito mais droga, tendo de despende de maior quantidade de recursos para sua obtenção (RIBEIRO *et al.*, 2012a).

Até início da década de 1990, nos EUA, o usuário de *crack* era caracterizado como jovem (idade entre 18 e 29 anos) e do sexo masculino. O consumo entre os jovens era associado à violência, a roubos, assaltos, porém, desconhecia-se, a princípio, o comportamento de risco em relação às DST/aids (CARVALHO; SEIBEL, 2009).

As características do consumo de *crack* no Brasil apresentaram semelhanças às ocorridas nos EUA, porém em espaço de tempo maior. O consumo de *crack* no Brasil, circunscrito no início em São Paulo, iniciou-se por volta da década de 1990 (CARVALHO; SEIBEL, 2009). Em São Paulo, os traficantes impuseram essa nova forma de uso da cocaína (*crack*), ou seja, de início, o *crack* era ofertado aos usuários de drogas como única alternativa. Buscavam por maconha ou cocaína em pó e somente encontravam *crack*. Essa estratégia dos traficantes visava a alguns objetivos, como: sabedores dos efeitos euforizantes provocados pelo *crack* e sua curta duração, estavam seguros do retorno do usuário em busca da droga; uso compulsivo e a consequente dependência, instalando-se muito rapidamente, faziam do usuário um “freguês por toda a vida”; fácil utilização da droga que bastava apenas ser fumada e o resultado desses fatores era de grande vantagem econômica e lucro (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a).

¹ Também conhecido como pedra, deriva do som produzido pelo cloreto de sódio presente na pedra quando este é queimado no cachimbo a temperatura de aproximadamente 95°C.

² Consumo repetitivo da droga.

Da mesma forma que nos EUA, o usuário brasileiro de *crack* foi caracterizado como homem e jovem. Muitos usuários de droga endovenosa mudaram de via, aderindo ao *crack* por considerarem-no mais “seguro” em relação às DST/aids (INCIARDI *et al.*, 2006; NAPPO *et al.*, 2011).

Conforme o Boletim do Ministério da Saúde (2012), a segunda via de transmissão mais eficaz para o HIV/aids ainda tem sido o compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis, que responde por 16,8% entre os homens e 7,3%, no grupo feminino. Na subcategoria por transmissão sanguínea, os UDI representam cerca de 99% dos casos.

O consumo de drogas na população de adolescentes é preocupante e crescente, como apontam vários estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em V levantamento nacional, realizado em 2004, com estudantes do Ensino Fundamental e Médio, em 27 capitais brasileiras, que apresentaram 23,5% de prevalência de uso de drogas, exceto álcool e tabaco, no sexo masculino, e 21,7%, no sexo feminino. Em relação à cidade de Fortaleza-CE, o estudo apresentou 25,7% de prevalência de uso de drogas, exceto álcool e tabaco, no sexo masculino, e 21% no sexo feminino. As drogas mais utilizadas pelos estudantes de Fortaleza, excetuando-se álcool e tabaco, pela ordem foram: solventes, maconha, anfetamínicos, ansiolíticos e cocaína. O estudo também sinalizou o aumento do consumo de cocaína em Fortaleza-CE, de acordo com o histórico dessa pesquisa que ocorreu em 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004, principalmente nas faixas etárias de 13 a 15 anos e maiores de 18 anos (GALDURÓZ, 2005; BRASIL, 2009).

Em relação à cocaína, o estudo citado mostrou que o “uso na vida”, como é chamado o uso de qualquer droga pelo menos uma vez na vida, de cocaína no Brasil, foi de 2,0%. O maior “uso na vida” foi observado na região Norte, com 2,9%, seguida da Sudeste, com 2,3%, e Centro-Oeste, com 2,1%; no Sul foi de 1,7% e no Nordeste, 1,2%. A capital com maior “uso na vida” de cocaína foi Boa Vista, com 4,9%, e a menor porcentagem foi em Recife, com 0,7%. A comparação com outros países mostrou que o uso no Brasil (2,0%) foi menor que nos Estados Unidos (5,4%), Espanha (4,1%), Chile (3,7%), Itália (3,5%), Guatemala (3,2%), Holanda e Reino Unido (3,0%), Uruguai (2,7%), Barbados (2,5%) e Equador (2,4%), porém maior que no Paraguai (1,6%), Portugal (1,3%), Grécia, Venezuela e Suécia (1,0%) e Panamá (0,8%) (GALDURÓZ, 2005).

Em relação ao *crack*, poucos países separaram o uso de *crack* do da cocaína. No Brasil, o “uso na vida” de *crack* foi de 0,7%, duas vezes menos que no Chile (1,4%) e cerca de quatro vezes menor que nos EUA (2,6%). As regiões que apresentaram maiores porcentagens de “uso na vida” de *crack* foram a Sul (1,1%) e Sudeste (0,8%). A capital que apresentou a maior porcentagem de “uso na vida” de *crack*, curiosamente, foi João Pessoa (2,5%) (GALDURÓZ, 2005).

Em 2010, o CEBRID realizou o VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, o qual revelou em relação ao levantamento de 2004 aumento no “uso no ano” do consumo de cocaína (1,7-1,9) e diminuição no “uso no ano” do consumo de *crack* (0,7-0,4). Em relação ao uso de drogas pelas escolas públicas e privadas, aparece fato que poderá ter relevância para futuros programas de prevenção: nas escolas privadas, o *uso na vida* (30,7%), *no ano* (13,6%) e *no mês* (6,2%) são maiores do que nas escolas públicas (respectivamente, 24,2%, 9,9% e 5,3%). Entretanto, o contrário ocorre quando se considera o *uso pesado*, relatado por 1,2% dos estudantes da rede pública e por 0,8% da rede privada (CARLINI, 2010).

O estudo mostrou que em Fortaleza continua o predomínio de uso de drogas na faixa etária de 13 a 15 anos (44,8%), e que as drogas mais utilizadas, exceto álcool e tabaco, são: inalantes, ansiolíticos, maconha, cocaína e anfetamínicos. A cocaína em comparação ao estudo de 2004 subiu uma posição, o que evidencia o crescente aumento do consumo desta droga (CARLINI, 2010).

Vale destacar que os estudantes brasileiros não figuram entre os que mais consomem drogas, quando comparados com estudantes da América do Sul, Europa e América do Norte. No comparativo internacional, o Brasil apresenta índices baixos de consumo de tabaco, *crack* e maconha, porém, aparece como um dos maiores consumidores de inalantes. Quanto aos outros países, o estudo revelou que o Brasil tem mostrado meios eficazes no combate ao consumo e tráfico de drogas (CARLINI, 2010).

Paralelamente a isso, os usuários de drogas se expõem mais a situações de risco sexual, como evidenciaram Pechansky *et al.* (2004) em estudo sobre os fatores de risco para transmissão do HIV entre usuários de drogas, o qual revelou que somente o uso de cocaína injetável esteve relacionado com a infecção pelo HIV. Carvalho e Seibel (2009) também

elucidaram que a prevalência do HIV entre os UDI era bastante significativa e que as variáveis associadas à infecção foram as de risco sexual, como troca de sexo por droga ou dinheiro, relação sexual anal e o não uso do preservativo.

Estratégias de prevenção entre os usuários de drogas têm maior impacto na modificação do comportamento de risco relacionado ao uso de droga (como compartilhamento de apetrechos) do que modificações no comportamento sexual de risco, o que aponta para um nicho a ser explorado na tentativa de se permitir redução de danos a esta população de forma mais ampliada. Porém, sabe-se que a questão comportamental é algo difícil de ser modificado, o que significa que a compreensão da influência do comportamento sexual ou de qualquer variável comportamental que incida sobre a saúde precisa de abordagem que não se restrinja aos aspectos biológicos e que inclua a forma como se produz a construção cultural e social de fatores correlatos (AZEVEDO, 2007).

E, complementando, surge a necessidade de apontar a autonomia dos sujeitos, a qual depende das condições externas destes, da cultura em que estão inseridos, do acesso à informação, e mais do que isso da capacidade de utilizar o conhecimento em exercício crítico de interpretação, ou seja, o sujeito da reflexão e ação (CAMPOS, 2006).

Essa autonomia, no sentido de mudar o comportamento em relação às drogas e ao HIV/aids, é subsidiada pela conscientização advinda do processo de educação em saúde e grupos terapêuticos, os quais surgem como uma estratégia voltada para a promoção da saúde, comprometida com o processo de transformação social efetiva das pessoas envolvidas.

Nesse sentido, apreende-se que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, tornando necessária que esta seja voltada a atender à população de acordo com sua realidade. Pois, a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa em pensar e repensar a sua cultura e transformar a sua realidade.

Nesse cenário, a educação em saúde requer do profissional de saúde e, principalmente da enfermagem, por sua proximidade com esta prática, análise crítica da atuação, bem como reflexão acerca de seu papel como educador, o qual está profundamente atrelado ao crescimento e desenvolvimento da profissão. Dessa forma, o enfermeiro deve agir como facilitador, desenvolvendo ambiente voltado à aprendizagem, que motive e possibilite

ao indivíduo o desejo de aprender, visto que é necessário orientar a população, e por que não aduzir, mostrar alternativas para que esta tome atitudes que lhe proporcione saúde em seu sentido mais amplo (BASTABLE, 2010; SILVA, 2007).

Para a Enfermagem, o estudo sobre o comportamento dos adolescentes perante as drogas é de fundamental importância, uma vez que é de conhecimento que tanto as medidas preventivas como as estatísticas disponíveis no Brasil são insuficientes para tratar e dimensionar a problemática. Assim, enfermeiros, cuidadores e promotores da saúde devem se aproximar da realidade dos jovens a fim de conhecer o problema e participar na elaboração das políticas públicas e programas de prevenção e tratamento para o uso/abuso de drogas, visando à manutenção da qualidade de vida satisfatória dos adolescentes (BUCHELE, 2009; CAVALCANTE, 2008).

A Enfermagem precisa intervir junto a essas instituições para promover a saúde desses jovens e prevenir quanto ao uso de álcool e drogas. Para tanto, o enfermeiro deve atuar, de maneira interdisciplinar, com outras profissões da saúde e instâncias sociais, praticando a intersetorialidade, sensibilizando os adolescentes para as causas e consequências do problema, em entendimento biopsicossocial, oferecendo informações sobre substâncias psicoativas e problemas relacionados ao uso, almejando obter os melhores resultados para o cliente (CAVALCANTE, 2008).

Diante do exposto, espera-se que este estudo responda ao questionamento: como o Círculo de Cultura pode favorecer um espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção do HIV/aids com jovens usuários de cocaína/*crack*?

A necessidade de o enfermeiro nesse campo de atuação é requerida e justifica-se diante da reduzida produção de teses e dissertações nas áreas da enfermagem com essa abordagem, as quais foram pesquisadas nos bancos de dados: *National Library of Medicine* (MEDLINE/PUBMED), Literatura *Latino-Americana* e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Portal de Periódicos da Capes; e do aumento do número de casos de HIV entre adolescentes usuários de drogas do sexo masculino, o que de acordo com artigo publicado no *Journal of Substance Abuse Treatment*, em 2011, revelou que as principais causas de morte entre os usuários de cocaína/*crack* eram os homicídios, seguidos do HIV/aids (DIAS *et al.*, 2011).

Com a abordagem do tema drogas foi observado que a maioria das pesquisas era realizada por médicos psiquiatras e possuía cunho quantitativo, e quando se referiam aos enfermeiros, a maioria dos estudos abordava o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre drogas; o modo como a graduação preparava os alunos em relação a este tema; ou então pesquisas em escolas com adolescentes sobre o tema, quase inexistindo a relação enfermagem com o usuário de drogas propriamente dito e sua relação com a transmissão do HIV.

Nesse sentido, a partir do entendimento das ações de educação em saúde, como proposta inovadora, articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca por possibilidades de atitudes geradoras de mudanças de comportamento, este estudo possibilitará aos usuários de cocaína/*crack* a vivência com metodologia participativa por meio do Círculo de Cultura, inspirado no método de alfabetização de Paulo Freire. Corroborando que realmente a educação em saúde se adéqua a essa problemática, no sentido de gerar reflexão crítica e possibilidade de mudança de comportamento.

Assim, destaca-se a relevância desta pesquisa para adequação da assistência de enfermagem e planejamento das ações de educação em saúde, pois esta será contribuição importante na área científica, a qual exporá as atividades executadas pelo (a) enfermeiro (a) junto aos usuários para prevenção do HIV, bem como os resultados dos métodos que forem ou não eficazes, direcionando, assim, os focos de intervenção preventiva da saúde pública para situações de riscos mais atuais, relacionados ao uso de drogas e infecção pelo HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Promover, por meio de Círculos de Cultura, espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção do HIV/aids junto aos jovens usuários de cocaína/*crack*.

2.2 Específicos

- Identificar as situações de risco e vulnerabilidades para o HIV, presentes na vida dos jovens;
- Discutir com os jovens acerca das medidas de prevenção à infecção pelo HIV/aids a serem adotadas por eles;
- Apresentar proposta educativa para prevenção do HIV a partir dos relatos dos usuários de cocaína/*crack*.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Vulnerabilidades e influência para uso de drogas na adolescência e juventude

A noção de vulnerabilidade na saúde surgiu na década de 1990 como forma de compreender o processo de exclusão social como sustentáculo da disseminação do HIV e da aids. Nessa perspectiva, forneceu elementos para avaliar as diferentes chances que todo e qualquer indivíduo apresentava para se expor ao HIV e adoecer pela aids. As chances estão imersas em um conjunto de características de ordem individual, social, cultural, política que estabelecem normas e condutas do cotidiano, julgadas relevantes para maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema (AYRES *et al.*, 2006).

As análises de vulnerabilidade buscam, assim, integrar três eixos interdependentes: individual, social e programático. A dimensão individual parte do princípio de que os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids. Tal análise toma como ponto de partida aspectos próprios do modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham ao vírus ou, ao contrário, protejam-se. Ou seja, refere-se ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre a aids, uso de drogas e sexualidade e capacidade de incorporar esta informação e transformá-la em atitudes e práticas preventivas para determinado problema (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

A dimensão social enfoca fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual, permitindo compreender comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção. Nesta dimensão, consideram-se aspectos relacionados às estruturas jurídica e política e diretrizes governamentais dos países; as relações raciais, de gênero e entre gerações; as atitudes diante da sexualidade; as crenças religiosas; a pobreza; o acesso aos meios de comunicação e à escolarização (MEYER *et al.*, 2006).

A dimensão programática, por sua vez, busca avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem e aprofundam as condições socialmente dadas da vulnerabilidade (MEYER *et al.*, 2006; OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

A noção de vulnerabilidade mostra-se bastante útil para o entendimento da adolescência e juventude, uma vez que estas fases se caracterizam por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, com complexas mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano. As modificações físicas, cerebrais, endócrinas, emocionais, sociais e sexuais, ocorrem de forma conjugada, originando comportamentos e emoções não antes sentidas pelo adolescente, pela família, pelos amigos e pelos profissionais que convivem com ele (DAVIM *et al.*, 2009).

Em virtude do período vulnerável, a experiência da transição de um estado de dependência absoluta para uma condição de autonomia pessoal deve ser processo assistido, no qual o jovem recebe suporte necessário dos pais, educadores e profissionais de saúde e da educação. Assim, será capaz de suportar as dificuldades próprias da idade e aprender a conviver com incertezas e, principalmente, de tomar decisões de forma responsável, sem que os adultos tenham que decidir por ele (SILVA; MATOS, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPS), a adolescência se constitui em um processo biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, abrangendo a pré-adolescência (entre 10 e 14 anos) e a adolescência (dos 15 aos 19 anos). Essa definição por faixa etária, segundo a literatura, ou seja, entre 10 e 19 anos de idade, ocorre simplesmente por razões estatísticas, já que a adolescência é considerada processo que começa antes dos 10 anos e não termina aos 19. Esse início é biológico, definido por meio da maturação sexual, enquanto que seu limite final é de ordem sociológica, a partir da concepção de que o adolescente torna-se adulto no momento em que se percebe independente dos familiares, determinado por sua liberdade econômica (DAVIM *et al.*, 2009).

O parâmetro para jovem é dado pela faixa etária entre os 15 e 24 anos, e foi estabelecido em 1985, Ano Internacional da Juventude, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Assim, esses dois parâmetros foram considerados neste estudo, tivemos jovens que eram adolescentes e vice-versa. Quando se analisa a utilização dos termos nos estudos que tratam desta faixa etária, percebe-se que estes se tornam muitas vezes sinônimos (OIT, 2010).

O desenvolvimento biopsicossocial e cultural do jovem sofre influências da cultura e subcultura, da família e dos companheiros, fator preponderante para determinar comportamento, a pressão dos grupos de pares. Soma-se a tudo isso, a carência de esclareci-

mentos sobre sexo e/ou constrangimento provocado pelo tema, fazendo com que os educadores sexuais e os pais desses jovens não assumam seu papel, reconhecendo-se, dessa forma, que os mesmos iniciaram a atividade sexual no momento em que ainda não estavam preparados. Está inserido em um grupo de pares significa comportamento saudável para o adolescente. Não pertencer a esse grupo pode caracterizar problema, inclusive de depressão.

O adolescente aprecia a escola e, por conseguinte, os grupos de pares a que pertence. Não adaptar-se ao grupo, dificulta sua adaptação também na escola. O encontro dos grupos vai depender de suas características. Se forem internautas, será a casa de alguém que apresenta a possibilidade da parafernália ou mesmo uma *lan house*. A escola, o clube, a igreja, a lanchonete, podem ser justamente o local de base de apoio para esses grupos. Quando os encontros são formados na casa de alguém, pode-se ter um bom sinal para o adolescente residente da casa, significando aceitação de ambas as partes e possibilidade de proteção contra a violência que impera nas ruas. A família do jovem que acolhe não o perde, ganha amigos, que precisam de um adulto por perto, sem impor padrões de comportamento (DAVIM *et al.*, 2009).

A geração atual de jovens é considerada a mais urbana da história, entretanto, à medida que a urbanização possibilita cada vez mais o acesso à educação e aos serviços de saúde, eles são mais expostos aos riscos de uso de drogas lícitas e ilícitas (CAVALCANTE, 2008).

O uso indevido de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhuma pessoa nasce predestinada a usar álcool e outras drogas ou se torna dependente apenas por influência de amigos ou pela grande oferta do tráfico. Os seres humanos, por sua humanidade e incompletude, buscam elementos para aliviar dores e acirrar prazeres. Assim, encontram as drogas. Algumas vezes experimentam, outras usam sem se comprometer, e em outras, ainda abusa (BRASIL, 2010a).

Existem fatores que convergem para construção das circunstâncias do uso abusivo, chamados de fatores de risco. Estes tornam a pessoa mais vulnerável a comportamentos que podem acarretar o uso ou abuso de drogas e consequente exposição ao vírus HIV. Assim, existem fatores do próprio indivíduo: insegurança, insatisfação com a vida, curiosidade, sintomas depressivos e busca do prazer; fatores familiares: pais que fazem uso abusivo de drogas e/ou sofrem de problemas mentais, pais excessivamente autoritários ou

muito exigentes; fatores escolares: baixo desempenho, exclusão social, pouco vínculos com os colegas e professores; fatores sociais: violência, descrença nas instituições, carência de recursos para prevenção, ausência de oportunidade de trabalho e lazer; fatores relacionados à droga: disponibilidade para compra, propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa e o prazer intenso que motiva o indivíduo a repetir o uso (BRASIL, 2010a).

Por outro lado, existem os fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condições de se proteger. Estes são os fatores de proteção, os quais contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que resultam no uso e abuso de drogas e não adoção do sexo seguro. Assim, existem fatores do próprio indivíduo: habilidades para resolver os problemas, autonomia, autoestima desenvolvida, vínculos positivos com pessoas, instituições e valores; fatores familiares: pais que acompanham as atividades dos filhos, respeito aos ritos familiares, estabelecimento de regras e condutas claras; fatores escolares: bom desempenho, vínculos afetivos com professores e colegas, prazer em aprender, ligações acentuadas com a escola, descoberta e construção de projeto de vida; fatores sociais: oportunidades de trabalho e lazer, informações adequadas sobre drogas e seus efeitos, clima comunitário afetivo; fatores relacionados à droga: regras e controle para consumo adequado e informações contextualizadas sobre efeitos (BRASIL, 2010a).

Mostra-se evidente a inter-relação e a interdependência existentes entre o usuário adolescente e o contexto que o circunda. Pensar nesta teia de vulnerabilidades e nos determinantes socioculturais em relação ao uso de drogas e ao HIV/aids, em uma sociedade, certamente, amplia e torna mais complexa a abordagem desse fenômeno (BRASIL, 2010a).

Atualmente, os jovens representam, sem dúvida, a população mais estudada em relação ao uso de drogas. Nas últimas décadas, foram realizados inúmeros levantamentos epidemiológicos sobre drogas com jovens, especialmente entre estudantes. No Brasil, os estudos mais abrangentes são realizados pelo CEBRID, que teve início na década de 1980, e até o ano de 2010 foram seis levantamentos entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio.

O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas, concluído em 2010, revelou que na população adolescente houve diminuição de 49,5% no uso de drogas ilícitas, na comparação com a última pesquisa em 2004. Somente no caso da cocaína não foi observada redução do consumo. No Nordeste, a variação de *uso na vida* nas nove capitais desta macrorregião, comparando-se 2004 e 2010, é expressa pela relação

Diminuição/Aumento. Portanto, as diminuições de consumo no Nordeste, de 2010 para 2004, mais marcantes foram obtidas com os solventes 8/1 e anfetaminas 8/1 e o maior aumento foi o da cocaína (0/9), que cresceu nas nove capitais nordestinas (CARLINI, 2010).

O V Levantamento informou que no Brasil houve predomínio de “uso na vida” entre os homens para maconha, cocaína, solventes, anticolinérgicos, tabaco, *crack*, energéticos e esteroides anabolizantes. Em mulheres, o predomínio de “uso na vida” ocorreu para anfetamínicos, ansiolíticos e álcool. Este aspecto supõe que o sexo feminino é “educado” a usar esses medicamentos por serem as mulheres “por natureza” mais “nervosas”, além de valorizarem ao extremo a aparência física. Esse aprendizado seria dado pelas próprias mães e pela sociedade que impõem às moças que sejam “calminhas e magrinhas”. Por outro lado, os homens se acalmariam utilizando drogas mais potentes e por possuírem atitude mais desafiadora e menos receosa de entrar em contato com a marginalidade (GALDURÓZ, 2005).

Assim, no Brasil, na região Nordeste, houve predomínio de “uso na vida” entre os homens para maconha, cocaína, solventes, tabaco, energéticos e esteroides anabolizantes. Nas mulheres, o predomínio ocorreu para ansiolíticos e álcool. Ainda na mesma região, quanto aos tipos de uso – “uso na vida” até “uso pesado” – houve predomínio do sexo masculino sobre o feminino para todos os tipos de uso. Embora a partir dos 16 anos se tenham observado as maiores porcentagens de usuários, porém na faixa etária de 10 a 12 anos o número de usuários (“uso na vida”) foi de 5,6% do total de estudantes dessa faixa etária. Em Fortaleza-CE esse total foi de 12,1% (GALDORÓZ, 2005).

De acordo com estudo realizado com mulheres usuárias de drogas, os resultados apontaram convivência e influência de parceiros usuários de drogas como motivações para início e manutenção do consumo de drogas. O resultado é consenso na literatura especializada. Há registro de mulheres que se tornam usuárias abusivas de drogas pelo fato de consumirem bebidas alcoólicas para acompanhar seus parceiros e, neste caso, tornam-se mais vulneráveis a patologias decorrentes da alta ingestão de álcool e a situações de violência sexual (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

O grau de vulnerabilidade dessas mulheres para o HIV/aids é intensificado, uma vez que os homens usuários de drogas com os quais elas mantêm contato têm rede de uso de droga e sexual ampla e, na maioria das vezes, não adotam medidas de sexo seguro. Essa resistência em não praticar o sexo seguro pode ser explicada pela escassez ou ausência de

preocupação com o outro, presente na personalidade do toxicômano (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

A necessidade incontrolável da droga permite a contextualização do comércio do sexo nesse mercado de drogas. Porém, a combinação de desespero pelo *crack*, por exemplo, com o comércio do corpo pode ser muito perigosa. Nessa transação comercial de serviços sexuais por droga, o consumidor sexual domina a negociação insistindo, exigindo muitas vezes a dispensa do preservativo e/ou posições que a pessoa não faria em outras situações. Ainda, pagamentos irrisórios são impostos, alcançando número maior de relações sexuais e, conseqüentemente, maior número de parceiros para conquistarem a quantia necessária para a droga. Esses ingredientes perversos juntos aumentam consideravelmente o risco de DST/aids (NAPPO *et al.*, 2012).

Dessa forma, verifica-se que os homens e, no caso deste estudo, jovens, constituem os principais disseminadores do HIV, seja por utilizarem drogas que compartilham seringas, como no caso da cocaína, seja por se valerem do corpo como moeda de troca, ou por simplesmente não adotarem o sexo seguro, ou ainda por influenciarem as mulheres a iniciarem o uso de drogas.

3.2 Problemática do uso de cocaína/*crack* e sua relação com a infecção pelo HIV/Aids

Na mesma década da explosão da aids, o *crack* popularizou-se nos Estados Unidos. Ao final da década de 1980 surgiam as primeiras evidências epidemiológicas do maior risco de DSTs, inclusive infecção pelo HIV, em usuários de *crack* (AZEVEDO; MORAES, 2012). O uso do *crack* está associado à baixa adesão ao tratamento, falha virológica e ausência de recuperação imunológica (COOK *et al.*, 2008). Essa realidade foi comprovada em estudo dinamarquês recente, que comparou a mortalidade de infectados pelo HIV com a da população em geral e encontrou um risco de morte 20 vezes maior nos indivíduos infectados que apresentavam abuso de álcool ou outras drogas (OBEL *et al.*, 2011).

Estudo norte-americano aponta que a tendência dos pesquisadores e formuladores de políticas públicas em concentrar a atenção no HIV/aids entre os usuários de drogas

injetáveis (UDIs) tende a ofuscar as formas e as taxas com que os usuários de drogas por outras vias são acometidos pelo HIV. Um dos possíveis mecanismos que explicam a maior prevalência de HIV entre os usuários de drogas não injetáveis (UDnIs) em relação à população em geral é a “ponte” entre populações UDIs e UDnIs, que podem transmitir o HIV e outras DTSs por meio da sobreposição de redes sociais e sexuais, além de compartilhamento de equipamentos para uso de drogas. Além disso, usuários de drogas muitas vezes possuem feridas e rachaduras no nariz e na boca, o que poderia facilitar a transmissão viral. Outra explicação pode estar relacionada à elevada frequência de sexo desprotegido, principalmente entre os usuários de estimulantes (*crack*, cocaína, metanfetamina) (AZEVEDO; MORAES, 2012).

Estudo nacional apontou que o consumo de *crack* tem sido associado diretamente com a infecção pelo HIV, e os comportamentos de risco mais frequentes observados são o elevado número de parceiros, as relações sexuais desprotegidas e o sexo comercial por *crack* ou por dinheiro para comprar a droga (STRATHDEE; STOCKMAN, 2010). Esta realidade também foi apresentada, em estudo realizado na cidade de Fortaleza-CE, com usuários de drogas, em que revelaram que quando estavam sob efeito das drogas adotavam os seguintes comportamentos: não uso do preservativo, compartilhamento de seringas, troca de “favores sexuais” como meio de sustentar o vício e perda da consciência, prejudicando o uso do preservativo (MACHADO *et al.*, 2010).

Estes autores assinalam a prostituição como forma de manter o vício, por meio do uso do corpo como moeda, o que induz a um comportamento sexual de risco. Desta forma, o uso de drogas está intimamente relacionado à promiscuidade sexual e prostituição, facilitando a transmissão de DST e HIV entre os usuários envolvidos.

Como observado por Oliveira e Nappo (2008b), a prostituição, como forma de obtenção da droga, deixou de ser atividade exclusivamente feminina, já tendo sido detectada entre homens na cidade de São Paulo, agravando ainda mais o problema de saúde pública associado a esta prática, porém os estudos ainda são escassos.

Estudos apontam que a vulnerabilidade dos usuários de *crack* ao HIV não se restringe ao risco de infecção, como também à pior evolução desta. Isto se deve ao fato de que a cocaína pode diminuir as respostas imunológicas importantes e interferir com a capacidade de defesa do organismo contra infecções (AZEVEDO; MORAES, 2012).

Ao ponderar a relevância epidemiológica e clínica, além das consequências individuais e coletivas relacionadas ao risco de infecção pelo HIV e implicações na evolução da doença nesse grupo de pacientes, sugere-se que as estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento considerem as particularidades dos usuários de cocaína/*crack*.

3.3 Políticas Públicas relacionadas às drogas

Não se deve limitar o tratamento aos sintomas provocados pelo uso de substâncias. Para reduzir o custo social e a criminalidade, é preciso reduzir a demanda por drogas. Neste sentido, deve haver iniciativas que estimulem as pessoas a não fazerem uso de substâncias e que auxiliem aquelas que começaram a usá-las a parar. Para os que se tornaram dependentes, o uso contínuo deve ser enfrentado, e o indivíduo e sua família devem ter suporte necessário para recuperação completa (LARANJEIRA; ZALESKI, 2012).

Assim, as políticas públicas devem reconhecer e considerar: que o consumo do *crack* se transformou em um problema de saúde pública de primeira ordem; que medidas urgentes são necessárias para proteger os usuários e sua família dos efeitos desta droga tão devastadora; que a dependência de qualquer droga, é uma doença crônica e que necessita de tratamento com múltiplos recursos e de longo prazo; que além do tratamento, a reinserção social de longo prazo é necessária; e que a participação do setor de autoajuda (Narcóticos Anônimos [NA], grupos familiares, organizações comunitárias e religiosas) deveria fazer parte da organização dessas políticas (LARANJEIRA; ZALESKI, 2012).

As políticas de prevenção englobam diversas atividades: a primeira delas seria na escola, cujos docentes e demais profissionais do âmbito escolar devem receber treinamento para implementação de estratégias de prevenção primária e abordagem de usuários, incluindo material didático apropriado; outra atividade seria intervenções precoces para o jovem e para sua família, resultando na redução de riscos associados a abuso de drogas, com menor exposição à violência (KENDALL *et al.*, 2010); restrição da disponibilidade de drogas, em que o combate ao crime organizado fosse prioridade; redução da disponibilidade de drogas nas prisões, criando ambientes livres de drogas; deve ser dispensada atenção ao comércio pela internet; e recuperação do dinheiro e lucro obtido com o crime (GOVERNMENTE, 2010).

As políticas de tratamento, reabilitação e reinserção social, envolvem os princípios de bem-estar, cidadania e liberdade de drogas. O indivíduo deve ser colocado no centro do processo, como agente de sua recuperação. É fundamental que o sistema de tratamento esteja aberto à influência e à participação ativa da comunidade, em especial, de familiares. É preciso investir significativamente na estrutura dos serviços para lidar com esse problema complexo. O sistema formal de tratamento deverá trabalhar em sintonia com o sistema informal de autoajuda (NA, grupos de familiares, comunitários e religiosos).

No sentido de aprofundamento da temática, torna-se necessário realizar resgate histórico acerca das políticas nacionais sobre drogas para compreensão da atual situação. As primeiras medidas foram tomadas logo após a realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial n. 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de nova Agenda Nacional para redução da demanda de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais: a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município e o estreitamento das relações com a sociedade e comunidade científica (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e a nova demanda popular. Esta política estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis

para que os esforços, voltados para redução da demanda e oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada (BRASIL, 2010b).

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei n.11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais. Esta Lei colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve reestruturação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), garantindo a participação paritária entre governo e sociedade (BRASIL, 2006).

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Com relação exclusiva ao *crack*, a busca de soluções concretas, capazes de reverter os desafios e efeitos perversos que os problemas associados a esta droga vêm impondo a todo o país, foi lançado, em 20 de maio de 2010, o Decreto nº. 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria o Comitê Gestor e indica uma série de ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para enfrentamento da questão de forma intersetorial. Este plano tem por objetivo desenvolver conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas,

bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população (BRASIL, 2010c).

Quanto às políticas de saúde para usuários de drogas, é importante destacar que a política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Um importante marco constitucional é a Lei nº 10.216/01, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. Esta lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares, a qual será detalhada a seguir (BRASIL, 2001).

O aparato organizativo pensado para promover a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi por meio da criação e disseminação do modelo extra-hospitalar de saúde, chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para substituir de forma organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico. As atividades desenvolvidas pelos CAPS são: atendimento individual, em grupo, para a família, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço. Mas como funcionam especificamente os CAPS para usuários de drogas?(RONZANI; MOTA; 2010).

Da mesma forma como se planejou a assistência a outros problemas de saúde mental, o Ministério da Saúde no início dos anos 2000, também, planejou ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Estes são dispositivos com funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral que procuram oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

As atividades e funções dos CAPS AD são: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com a necessidade do usuário; oferecer condições para o repouso e a desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações, esclarecimento e educação da população, a reinserção

social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais; trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; trabalhar com a perspectiva de redução do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004b).

Outra modalidade de atendimento para dependentes químicos, em especial o local de pesquisa deste estudo, são as comunidades terapêuticas, aqui entendidas como instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes. Surgiram no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas cresceram, multiplicaram-se e ocuparam espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes de substâncias psicoativas (SPAs), desejosas de tratamento. Atuam na dimensão do tratamento, recuperação e reinserção social, tendo como premissa o internamento e a abstinência total do uso de SPAs (FRACASSO; LANDRE, 2012; COSTA, 2009).

Deve-se citar, também, a existência de outros dispositivos ambientais de tratamento: a moradia assistida para dependentes químicos, também chamadas de *dry houses*, *halfway houses* ou *sober houses*, cujo objetivo consiste em viver com papéis definidos, normas e regras, muitas vezes bastante rígidos e restritivos para assegurar a ordem e a convivência, de forma a exercer a responsabilidade junto aos demais membros da moradia (LARANJEIRA *et al.*, 2012); o ambulatório especializado, centro de tratamento multidisciplinar, composto por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores, funciona como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos (RIBEIRO; PERRENOUD, 2012); o hospital-dia tecnicamente trata-se de serviço de transição, que pode funcionar como uma opção mais intensiva em relação ao atendimento ambulatorial e menos intensiva em relação à internação hospitalar, podendo aparecer sob duas modalidades: a primeira, como programas de atenção que visam apoiar e potencializar tratamentos psiquiátricos e psicológicos ambulatoriais em andamento e a segunda, como centros que oferecem o tratamento de forma estruturada (RATTO *et al.*, 2012); as enfermarias especializadas representam alternativas aos hospitais

psiquiátricos tradicionais, pois evitam internações prolongadas, e vêm sendo organizadas em hospitais gerais (DUAILIBI, RIBEIRO, 2012).

Assim, as propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais, atuantes nesta área. Da abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais a comunidades terapêuticas, o usuário de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, tem alternativas, optando por aquela mais adequada ao seu perfil e/ou suas necessidades.

Portanto, a abordagem desse tema não pode ocorrer de forma parcial, como se houvesse apenas uma alternativa e/ou forma eficiente de atenção à dependência química. A prevenção, o tratamento, a recuperação e reinserção social, bem como a redução dos danos sociais e à saúde e a redução da oferta são dimensões amplamente consideradas na legislação e nas políticas voltadas para esta questão e todas são válidas e importantes na medida em que contribuem não apenas para compreensão desta problemática, como também para o seu enfrentamento.

3.4 Contextualização da educação em saúde para o trabalho com jovens

A educação em saúde pode ser definida como campo de muitas faces, para o qual convergem diversas concepções das áreas da educação e da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Este conceito emergiu na segunda década do século XX, nos Estados Unidos, em uma conferência internacional que tinha como temática a infância. No Brasil, a educação em saúde teve seu início na saúde pública, como forma de orientar novas práticas e, posteriormente, estabeleceu-se na área de estudo e pesquisa (SOUSA *et al.*, 2010).

A educação em saúde pode ser compreendida como conjunto de saberes e práticas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde. Um recurso no qual o conhecimento científico produzido na área da saúde pelos profissionais que atinge a vida cotidiana das pessoas por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo

saúde-doença, oferecendo subsídios para adoção de novos hábitos a saúde. A atenção básica possui destaque maior para desenvolvimento das práticas em saúde voltadas para ações preventivas e promocionais em virtude da estreita proximidade com a população (SILVA *et al.*, 2007; SOUSA *et al.*, 2010).

No contexto histórico, a educação em saúde foi empregada pela primeira vez no século XVIII. Nesse período, o Estado, com discurso higienista e moralista, exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas. Na metade do século XIX, com a industrialização, houve crescimento de cidades, favorecendo condições precárias de trabalho, moradia e nutrição das classes populares, ameaçando as classes dominantes pelo risco de rebelião dos populares e pelas epidemias associadas às condições precárias de vida. Desta forma, eram implementadas ações de disciplinamento das classes populares com difusão das regras de higiene e condutas morais para controle social e sanitário. Nessa época, o hospital, o hospício, a prisão e a escola eram importantes espaços de atenção, cuidado e educação à saúde, havendo fortalecimento do saber técnico profissional, do poder da cura e controle sobre a doença (SOUSA *et al.*, 2010).

No final do século XIX e início do século XX, no Brasil, houve a necessidade de controle sobre as epidemias de varíola, febre amarela, tuberculose, entre outras, devido aos transtornos para a economia agroexportadora. Por conseguinte, foram desenvolvidas as primeiras práticas de educação em saúde, voltadas principalmente para as classes em desenvolvimento, medidas marcadas pelo autoritarismo com imposição de normas e medidas de saneamento e urbanismo. A exemplo disso, destaca-se a política sanitária liderada por Oswaldo Cruz, que usou recursos como a vacinação compulsória e vigilância sobre atividades e moralidades dos pobres, objetivando controlar a propagação de doenças (SOUSA *et al.*, 2010).

A orientação dessas práticas era procedida por meio de discurso biologista que estabelecia que os problemas de saúde eram decorrentes de indivíduos que não seguiam as normas de higiene e que a mudança de atividades e comportamentos individuais garantiam a resolução dos problemas de saúde. Este discurso reduzia o processo saúde-doença à dimensão individual, sem considerar as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Ademais, aponta-se que esse discurso pode ser encontrado até hoje, orientando as práticas educativas (SILVA *et al.*, 2007).

Na década de 1960, com o surgimento da Medicina Comunitária, ocorreu apelo à participação da comunidade, a qual deveria ser conscientizada para ser posteriormente responsável pelas resoluções de seus problemas de saúde (SILVA *et al.*, 2007). Contudo, não eram ponderados os determinantes sociais desses problemas.

Durante o regime militar, devido à limitação dos espaços institucionais para sua realização, a área da educação em saúde permanecia sem destaque, ocorrendo a expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Entretanto, a insatisfação da população favoreceu a organização de movimentos sociais que incluíam intelectuais e populares, pelos quais foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e assim os profissionais de saúde começaram a revisar suas práticas a partir das teorias das ciências humanas (SILVA *et al.*, 2007).

Esses movimentos deram início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras, direcionando para uma ruptura e favorecendo a convivência dos profissionais de saúde com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o entendimento da complexidade dos problemas de saúde nessas populações, tornando possível aos profissionais a reorientação das suas práticas, com objetivo de enfrentar os problemas de saúde identificados de forma mais global (ALVES, 2005).

Com a emergência do movimento da educação popular em saúde, priorizou-se a relação educativa com a população, valorizando as trocas interpessoais, as iniciativas da população e dos usuários e o diálogo, buscando a compreensão do saber popular. O usuário era reconhecido como portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer diálogo com o serviço de saúde e desenvolver análise crítica sobre a realidade. Esta metodologia se opôs a passividade usual das práticas educativas tradicionais. A partir da década de 1970, ocorreu a ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, emergindo da visão restrita do biologicismo para concepção mais ampla, resultante da relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. Portanto, surgiu a constituição de sujeitos capazes de reivindicar seus próprios interesses (SILVA *et al.*, 2007).

O objetivo da educação dialógica não era o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. Essa prática teve por finalidade o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado à saúde a partir da compreensão da sua situação de saúde, visando à construção de um saber sobre o processo saúde-doença

que permitisse aos indivíduos decidirem sobre as melhores estratégias para promover, manter e recuperar a saúde (ALVES, 2005).

A partir do diálogo, da troca de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários poderiam construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença, fortalecendo a confiança nos serviços. Por isso, o modelo dialógico foi associado às mudanças duradouras de hábitos e comportamentos para a saúde, devido à construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

De acordo com o modelo apresentado por Alves (2005), as práticas de educação em saúde eram compreendidas através de dois modelos de educação: o hegemônico e o dialógico. O Quadro 1 apresenta as características de cada modelo.

Quadro 1 - Modelo hegemônico e dialógico de educação em saúde.

Características	Modelo Hegemônico	Modelo Dialógico
Concepção de saúde	Ausência de doença.	Produção social do processo saúde-doença.
Concepção de educação	Ato de depósitos de conhecimentos e valores.	Ato de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com ou outros.
Concepção de homem: usuários	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde; objetos da prática educativa.	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas.
Profissionais	Detentor do saber técnico-científico com <i>status</i> de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular.	Detentor de uma saber técnico-científico que é inacabado; no cotidiano de suas ações reaprende através do diálogo com o saber popular.
Enfoque da prática educativa	Centrado na doença.	Centrado no sujeito, a quem se destina a prática educativa.
Enfoque em saúde	Estritamente preventista.	Enfoque promocional.
Objetivos da prática educativa	Redução dos riscos; prevenção das doenças e agravos à saúde.	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos	Ausência de unidade entre prática educativa e as demais práticas em saúde; contextos formais como os grupos educativos.	Integração entre assistência e educação em saúde; contextos informais das relações interpessoais.
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa, palestras, folhetos, cartazes etc.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento científico, diagnóstico de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos dos problemas de vida; sujeitos da prática educativa.	Realidade objetiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; coparticipação e corresponsabilidade no diagnóstico.

Fonte: Alves (2005)

O modelo de educação dialógica tem enfoque na promoção da saúde e o hegemônico na prevenção das doenças. Importa destacar as características que diferenciam os modelos. No caso da concepção dialógica, os usuários são encarados como portadores de saberes e práticas adquiridas mediante experiência concreta. Da mesma forma, os profissionais aparecem como detentores de conhecimentos inacabados, dialogicamente interagindo com conhecimento popular. Cabe destacar ainda quanto aos objetivos da prática educativa, que o modelo hegemônico está baseado na redução dos riscos e prevenção das doenças e agravos à saúde. No modelo dialógico, o objetivo é a constituição de sujeitos para a transformação de condições de vida e saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida (ALVES, 2005).

A partir dessas análises, que a educação em saúde na atualidade está vinculada a dois aspectos: o primeiro visa à aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecer a mesma, ou seja, o caráter preventivo. A outra tendência é a de promoção da saúde, que inclui os fatores sociais que comprometem a saúde.

Portanto, a educação em saúde pode ser empregada tanto sobre o ponto de vista da prevenção da doença quanto na promoção da saúde, utilizando para isso estratégias de empoderamento e autonomia, que constituem ferramentas de importância para a promoção da saúde e que motivem o indivíduo à legitimação e possibilitem a sua expressão. Assim, a educação em saúde parte da compreensão de que as mudanças de comportamento ocorrem quando os participantes passam a possuir visão crítica, embasada na realidade com permanentes trocas de informações em relação à formação de condutas, que visa adotar hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida.

A questão das drogas na juventude tem que ser tratada tanto sobre o aspecto da prevenção quanto de promoção da saúde, neste sentido traçam-se comentários sobre estudos que mostraram ações de educação em saúde com ou para os adolescentes, com vistas à mudança de comportamento.

Experiência promissora foi realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NEPAD/UERJ). Esta experiência oferecia capacitação para os professores no conhecimento das toxicomanias, abordando a temática das drogas nas escolas, em que trabalhavam, estendendo-se às comunidades nas quais estavam localizadas. Este projeto possui nove anos e seus frutos têm

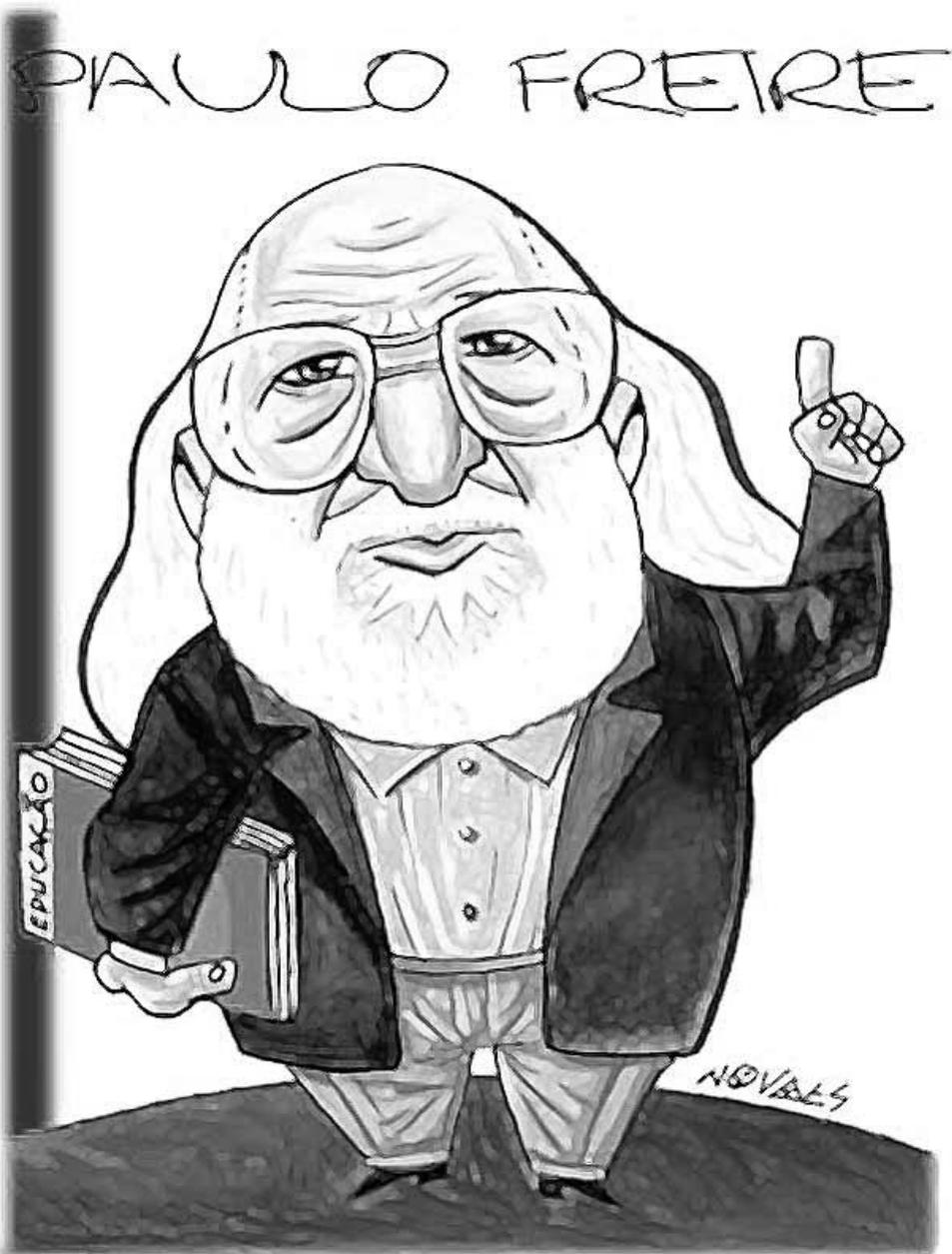
sido justificados pela mudança de atitude das pessoas nas comunidades onde foi implantada. Embora se perceba a mudança, no que se refere ao uso de drogas lícitas e ilícitas, são necessários estudos epidemiológicos longitudinais para comprovar sua eficácia (SILVA *et al.*, 2007).

Outra estratégia de prevenção consiste na formação de Agentes Redutores de Danos e Riscos (ASRDR) que atuem junto à comunidade em relação aos comportamentos de risco, como não usar preservativos e compartilhar seringas que propiciam a contaminação pelo HIV, entre outros. Além disso, orientam aqueles que se encontram em condições de extrema pobreza, desemprego e outros agravantes socioeconômicos, condições que favorecem o uso de drogas. Este programa permite, assim, o desenvolvimento de ações preventivas na comunidade de forma compartilhada, ou seja, dos adolescentes que compartilham o dia a dia desta comunidade. Foi observado, na descrição do trabalho, enquadramento do enfermeiro, coordenando e orientando os agentes, seguindo os objetivos do projeto (SILVA *et al.*, 2007).

O enfermeiro como educador deve agir como facilitador, criando ambiente voltado à aprendizagem, que motive o adolescente a aprender, visto que o foco é a aprendizagem do aprendiz, ou seja, é preparar os sujeitos para ocupar seu lugar na sociedade. Desta forma, a enfermagem ao desenvolver ações educativas voltadas ao jovem, precisa favorecer espírito de comunhão com o mesmo sobre sua realidade, buscando caminhos e soluções para os problemas vivenciados por ele (PENNA *et al.*, 2009).

No cenário do enfermeiro como educador, vários estudos sobre educação em saúde com adolescentes e jovens têm sido realizados, entre eles: Brito (2008) analisou a educação em saúde com pré-adolescentes, favorecendo reflexão crítica acerca das modificações fisiológicas próprias da pré-adolescência e discutiu medidas de prevenção das DST/aids; Gurgel (2010) verificou as práticas de enfermeiras da ESF voltadas à prevenção da gravidez na adolescência na perspectiva do desenvolvimento de habilidades por parte dos adolescentes; Beserra (2008) investigou a sexualidade das adolescentes a partir da ação educativa do enfermeiro na prevenção das DSTs; Araújo (2010) utilizou a abordagem grupal para integrar os adolescentes, proporcionando discussão saudável e relevante para a conscientização social na questão também da aids; Barbosa (2010) relatou o uso de jogos educativos como estratégia de educação em saúde para jovens na prevenção das DST/aids.

Observou-se, através dessas experiências, a significativa e variada possibilidade de trabalhos de enfermeiros na educação em saúde com adolescentes, considerando que as oficinas educativas constituem importantes métodos para estimular a compreensão e a aprendizagem do adolescente. Ademais, a criação de instrumentos educativos sobre os diversos temas: drogas, HIV/aids, gravidez, sexualidade etc. visam, principalmente, à mudança de comportamento para obtenção de um estilo de vida mais saudável. Porém, a temática referente às drogas ainda não foi o foco de estudo desses profissionais de forma integral, evidenciando, conseqüentemente, a superficialidade ou as experiências pontuais.



Referencial teórico-metodológico

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 Círculo de Cultura: do criador ao método

Paulo Reglus Neves Freire, conhecido como Paulo Freire, nasceu em 19 de setembro de 1921, em Recife, e faleceu no dia 02 de maio de 1997, em São Paulo. Sua criação disciplinada e libertadora teve influência de seus pais: o sargento do exército e a dona de casa bordadeira (FREIRE, 2001).

Paulo Freire foi alfabetizado na sombra de uma mangueira do quintal da casa em que nasceu. Seus pais utilizavam as palavras próprias do seu cotidiano, de sua infância e experiência, o que mais tarde iria influenciar sua obra. Formou-se em Direito, mas não prosseguiu com a carreira e dedicou-se inteiramente ao trabalho educativo. No final da década de 1950, no movimento de cultura popular do Recife, surgiram os chamados Círculos de Cultura como método de alfabetização de adultos, analfabetos e excluídos da sociedade (FREIRE, 2001).

O método de Paulo Freire desafiou seu tempo com metodologia libertadora e emancipatória, cujo elemento norteador era o diálogo do pesquisador com os sujeitos do estudo, em uma relação horizontal (FREIRE, 2011a). Ou seja, propunha uma nova concepção da relação pedagógica. Não uma educação fundamentada na transmissão de conhecimento, mas no diálogo, pois acreditava que aquele que educava, também aprendia. A finalidade da educação era libertar-se da realidade opressiva e da injustiça, que não se restringia somente aos países “terceiro-mundistas”, mas existia em todo mundo (GADOTTI, 2001).

A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire constitui ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’ por vivência que visava ensejar uma educação com ênfase no diálogo (BRANDÃO, 2011). Essa denominação de círculo significava que todos estavam em volta de uma equipe que não tinha professor, mas um animador que coordenava os debates, buscando a participação ativa de todos no processo educativo.

Para Damasceno (2003), o Círculo de Cultura é um grupo de trabalho participativo, em que educando e animador de debates pensam juntos, e ao mesmo tempo em

que todos se ensinam, aprendem. A qualidade desse grupo é a participação em todas as atividades através do diálogo que permite a criação de um espaço crítico e reflexivo.

Para o desenvolvimento do trabalho com a aplicação do Círculo de Cultura, Brandão (2011) afirma que Freire requeria que o pesquisador estivesse atento para o que se falava. As conversas, as entrevistas e as discussões, tudo, intrinsecamente, relacionado com a vida daquelas pessoas.

Os lavradores do nordeste do Brasil foram as primeiras pessoas a viverem a experiência nova do Círculo de Cultura, tendo sido alfabetizados de dentro para fora, através do seu próprio trabalho. Depois de ter sido testado na roça e nas cidades do nordeste, essa experiência foi conduzida para o Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília. Em seguida, surgiram os primeiros resultados: 300 trabalhadores alfabetizados em 45 dias, o que impressionou bastante a opinião pública, decidindo, por conseguinte, aplicar o método em todo território nacional, no início da década de 1960. Contudo, não houve tempo de prosseguir com mais experiências, pois em 1964, com o golpe militar, Paulo Freire foi preso e depois exilado para o Chile. Porém, seu trabalho continuou e ganhou força em muitos lugares como: Estados Unidos, Europa e África (BRANDÃO, 2011).

Ao retornar ao Brasil em 1980, Freire continuou a utilizar seu método. Assim, depois que a comunidade aceitou envolver-se com o trabalho de alfabetização, começou-se uma pequena pesquisa de construção do conhecimento da realidade local. Esta primeira etapa pedagógica do método foi chamada por Freire de vários nomes semelhantes: “levantamento do universo vocabular” (em *Educação como Prática da Liberdade*), “descoberta do universo vocabular” (em *Conscientização*), “pesquisa do universo vocabular” (em *Conscientização e Alfabetização*), “investigação do universo temático” (em *Pedagogia do Oprimido*) (BRANDÃO, 2011; FREIRE, 2008a). De acordo com o autor, o objetivo da pesquisa do universo vocabular era surpreender a maneira como uma realidade social existia na vida e no pensamento dos seus participantes. Era a descoberta coletiva da vida através da fala, do mundo através da palavra.

Algumas palavras mudaram desde que Lima (1979) definiu a primeira etapa do método como a “investigação temática”, mas a ideia contida nelas era a mesma: o facilitador e o aluno buscavam no universo vocabular do aluno e da sociedade em que este vivia as

palavras e os temas centrais de sua biografia. Havia perguntas sobre a vida, o trabalho, os casos acontecidos e o modo de ver o mundo.

Das muitas conversas, algumas frases inteiras eram guardadas, eram as palavras geradoras que forneciam os temas geradores, que segundo Brandão (2011) eram a segunda etapa do método. Lima (1979) a definiu como a tematização, a qual compreendia o momento em que os participantes codificavam e descodificavam os temas centrais, buscando pelo significado social, tomando assim consciência da sociedade em que viviam. Nas experiências pioneiras no Brasil e Chile, não era com o trabalho de decodificação das palavras geradoras que o método começava a ser praticado nos círculos, era a partir das fichas de cultura, das quais desenhos executados em cartazes ou projetadas em *slides* tinham a finalidade de sugerir debates a partir das imagens das situações existenciais.

Na terceira etapa, o animador deveria criar situações em que, com seu suporte, o grupo fosse instigado a pensar e refletir. O grupo deveria sentir que o trabalho era de problematização da realidade local que envolvia a todos, momento em que eles buscavam pela superação da visão mágica por uma visão crítica, partindo para transformação do contexto vivido (BRANDÃO, 2011; LIMA, 1979).

Em conformidade com Boehs *et al.* (2007), o Círculo de Cultura era um espaço de diálogo, cujo objetivo era a descodificação da realidade dos participantes, fomentando a aprendizagem no seu aspecto mais amplo, ou seja, a criação de espaços de reflexão, em que todos tivessem a palavra, todos lessem e escrevessem o mundo.

A ação e reflexão entre educadores e educandos em torno de situações existenciais, abordando temas importantes como saúde, educação, qualidade de vida, cidadania e outros, têm motivado o desenvolvimento de muitos trabalhos com Círculo de Cultura, na área da saúde, principalmente na Enfermagem (HEIDMANN, 2010). De acordo com esta autora, importantes investigadores internacionais vêm se dedicando ao estudo da promoção da saúde, reforçam e descrevem as experiências de trabalho com o referencial teórico de Freire, como Labonte (1993) que utilizou a pedagogia freiriana para conceituar a nova Promoção da Saúde; Wallestein e Sanchez-Merki (1994) que propôs um trabalho com o referencial freiriano, em que constatou que por meio do diálogo e da práxis pode ocorrer integração entre a teoria de mudança cognitiva e o comportamento, promovendo mudanças individuais e comunitárias.

Wallerstein e Berntein (1998), em estudo sobre o uso abusivo do álcool, reforçaram que as concepções de Paulo Freire adaptaram-se às ideias de *empowerment education*, contribuindo assim com as estratégias de prevenção e elaboração de políticas voltadas para a nova concepção de promoção da saúde. Labonte, Feather e Hills (1999) utilizaram a pedagogia crítica, construtivista de Freire para descrever um breve diálogo utilizado como importante método para a interpretação dos pressupostos do moderno conceito de promoção da saúde, pois a metodologia tradicional da ciência não tinha sido suficiente para analisar os efeitos e a evolução da promoção à saúde.

Em consulta à Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), constatou-se que nos últimos anos diversos estudos desenvolvidos pela Pós-Graduação em Enfermagem brasileira vêm utilizando-se de forma acentuada o método freiriano, Círculo de Cultura, como referencial teórico, entre eles: Vieira (2007) que a abordou com enfermeiros que atuavam em unidades pediátricas de hospital de ensino acerca do processo de trabalho; Beserra (2009) que utilizou os Círculos de Cultura com adolescentes escolares acerca da saúde ambiental; Martins (2009) que desenvolveu o método com os profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca da abordagem em saúde mental; Nogueira (2010) que aplicou com grupos de adolescentes pertencentes à Renovação Carismática Católica ações voltadas para prevenção do HIV/aids; Machado (2006) que empregou o método com portadores de hipertensão arterial, visando compreender as relações dialéticas da assistência prestada pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família; Monteiro (2007) que adaptou o Círculo de Cultura a enfermeiras que atuavam em PSF do Recife-PE, como abordagem metodológica para potencializar a prática da educação em saúde.

Além desses, Damasceno (2003) aplicou Círculos de Cultura com sujeitos portadores de diabetes melitos 2; Heidmann (2006) com usuários, lideranças comunitárias e profissionais do Programa Saúde da Família (PSF); Zanatta (2006) com um grupo de mães acerca dos saberes e das práticas no cuidado à criança de zero a seis meses de vida; Araújo (2005) com a educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase; Cesarino (2000) com grupos de hipertensos, empregando a metodologia pedagógica conscientizadora no controle da pressão arterial.

Corroborar-se, por meio dessas experiências significativas e variadas, a possibilidade de trabalhos com o referencial de Paulo Freire, em diversas situações, que tanto

podem partir da coletividade quanto dos indivíduos. Assim, cada contexto tem sua peculiaridade que é inerente aos sujeitos participantes.

Os alicerces da educação popular requerem do enfermeiro compreensão crítica acerca da prática educativa, em que possa visualizar o contexto real e as possibilidades de interagir no e com o mundo. Neste estudo, utilizamos os Círculos de Cultura em ações de educação em saúde, a fim de fortalecer o *empowerment* dos sujeitos envolvidos, no estudo em questão, os jovens usuários de drogas.



Metodologia

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa-ação, na qual, em consonância com Peruzzo (2005), a enfermeira/pesquisadora e animadora dos Círculos de Cultura estabeleceu interação com jovens usuários de cocaína/*crack* atendidos em unidades terapêuticas, sujeitos do estudo, determinando a conjugação da investigação com os processos mais amplos da ação educativa e a apropriação coletiva do conhecimento.

Com a finalidade de consolidar a compreensão acerca de pesquisa-ação, encontra-se na definição de Thiollent (2011) respaldo teórico que a compreende como modalidade de pesquisa social com base empírica, formulada e realizada em estreita associação com ação ou resolução de problema coletivo, tomada de consciência e produção de novos conhecimentos, que envolve o pesquisador e os participantes do estudo de modo participativo e cooperativo.

A pesquisa-ação constitui forma qualitativa de investigação, por isso responde a questões particulares e se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado nas ciências sociais (MINAYO, 2006). Este método é empregado em dissertações e teses de doutoramento em algumas linhas de pesquisa, podendo ser citada a linha de Educação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará (UFC).

5.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Desafio Jovem do Ceará, localizado em Fortaleza-CE, Instituição Evangélica, Filantrópica, sem fins lucrativos, que se dedica ao trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas e à recuperação física, psicológica e espiritual do dependente químico, bem como em sua reintegração social, sem distinção de raça, condição social, política ou denominação religiosa.

A Instituição foi criada em 1975 pelo Dr. Silas Munguba e pelo empresário João Furtado. A ideia surgiu depois que o Dr. Silas viu, em uma notícia, que um bilhão de jovens estavam fazendo uso de drogas. Impactado com a grandiosidade dos números, resolveu estudar o assunto, começando, em seguida, a ministrar palestras em igrejas e escolas da cidade e por todo o Brasil, com objetivo de alertar os jovens sobre o perigo que representava as drogas.

Assim, o Dr. Silas Munguba inspirou-se no trabalho missionário do Pastor David Wilkerson, que fundou em Brasília a primeira instituição do gênero e consolidou, no Estado do Ceará, o projeto Desafio Jovem. Desde então, essa instituição trabalha em favor dos jovens em busca de libertação das drogas.

Considerada uma das mais acreditadas Organizações Não Governamentais (ONGs) e principal referência social relativa à temática no Estado do Ceará, esta instituição não funciona como hospital, casa de repouso, nem como presídio. É uma Comunidade Terapêutica, na qual se vive em comum-união-comunhão.

As pessoas procuram o serviço espontaneamente e são orientadas a participarem da reunião informativa, que ocorre às quartas-feiras às 15 horas. Após esta reunião, tem-se a triagem, realizada pelo assistente social e a partir daí é encaminhado para ficar no ambulatório, ou no núcleo de internamento. No ambulatório, os participantes têm a idade mínima de dez anos e são de ambos os sexos, podem ser pessoas da comunidade que são dependentes químicos, ou ainda os ex-internos. O dependente químico participa de atendimentos individuais e de grupos nas áreas: Psicológica (Psicoterapia), de Serviço Social, Terapia Ocupacional e de Orientação Cristã. Também é oferecido o supletivo para o ensino fundamental e médio, realizado por três professores em convênio com a Secretaria de Educação Básica do Estado do Ceará (SEDUC). A coordenação do tratamento ambulatorial é procedida por uma assistente social.

No núcleo de internamento são oferecidos os mesmos atendimentos individuais e em grupo, e, além disso, tem-se a laborterapia, esportes e lazer, oficinas produtivas, visitas familiares e visitas dos internos à sua casa, as quais são agendadas. A família também é envolvida no processo de tratamento e atua no grupo temático da família, grupo de Nar Anon, e nos atendimentos familiares. Este núcleo é exclusivo para homens maiores de 16 anos, que

permanecem por um período de sete meses, podendo se estender até nove meses mediante avaliação da equipe técnica.

Nesse núcleo, além dos objetivos da desintoxicação e ressocialização, cada interno precisa de compromisso social, eles devem viver em comunidade, necessitam valorizar a ética, a prática democrática e a construção coletiva, as quais foram muito prejudicadas diante do abuso de substâncias psicoativas. Os internos têm rotina de atividades desde as seis da manhã até às 22 horas, hora de se recolherem. O plano de tratamento é baseado nas cinco áreas: física, mental, cognitiva, espiritual e social. Assim, recebem diariamente cinco refeições, realizam atividades de limpeza da casa, participam de cultos à noite, orientações nas diversas áreas dos profissionais já mencionados e são protagonistas do seu tratamento. A coordenação do tratamento interno é realizada por um pastor.

Atualmente, no Desafio Jovem existe um corpo formado pela presidente, um recepcionista, quatro pessoas na captação de recursos, duas secretárias, duas pessoas no setor financeiro, uma zeladora, uma pessoa responsável pelo patrimônio, três cozinheiros, dois vigias, oito agentes terapêuticos (que se revezam dois a dois para cada plantão de 12 horas), um coordenador de internamento (pastor), uma orientadora cristã, três professores, três assistentes sociais e três estagiárias de serviço social, uma terapeuta ocupacional e um psicólogo, que juntos prestam auxílio aos internos e externos e às suas famílias.

Nessa comunidade não existia enfermeiros atuando, por isso o maior empenho em estar desenvolvendo atividades junto a esta população, e aprendendo também como atuar com outros grupos com estas mesmas características. A equipe foi acolhedora e atenciosa à pesquisadora, o que facilitou o desenvolvimento deste trabalho.

5.3 Período

O período da investigação ocorreu de janeiro a setembro de 2012.

- de janeiro a abril aconteceu a aproximação aos jovens;
- de maio a julho, a coleta e análise dos dados;
- de julho a setembro, análise acurada dos dados; e
- de setembro a novembro, a redação final da dissertação.

5.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram dez adolescentes e jovens do sexo masculino que eram acompanhados no local anteriormente referido do município de Fortaleza, com idade entre 15 e 24 anos, respeitando os parâmetros adotados pela Organização das Nações Unidas (ONU), e também por ser um dos mais adotados no território nacional. Esse parâmetro dado pela faixa etária entre os 15 e 24 anos foi estabelecido em 1985, Ano Internacional da Juventude, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), os diversos órgãos públicos de estatística, como o IBGE, de saúde pública, educação e cultura também utilizam esse parâmetro (OIT, 2010).

A seleção dos sujeitos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: sexo masculino; usuários das unidades de tratamento/ambulatório para dependentes químicos; e que referirem ter feito uso de cocaína injetável e/ou *crack*, visto que nas unidades escolhidas há homens que utilizaram álcool, cocaína/*crack* e outras drogas. Os critérios de exclusão foram: jovens que não participaram de todas as etapas do estudo, ou seja, que abandonaram o tratamento na instituição; e ofereceram risco à pesquisadora, ou seja, estavam sob efeitos de drogas e demonstraram comportamentos agressivos. Isso porque os círculos de cultura requerem que os aprendizes participem de todas as etapas.

O que justificou o uso de tais critérios para seleção dos sujeitos foi o critério da intencionalidade, cujos indivíduos selecionados com base em certas características tidas como relevantes pelos pesquisadores e participantes, tornam, segundo Gil (2009), uma pesquisa qualitativa mais rica em termos qualitativos, sendo a participação espontânea dos sujeitos essencial para o desenvolvimento dos Círculos de Cultura.

Para ter acesso ao grupo de jovens que compôs os sujeitos da pesquisa, inicialmente procurou-se a coordenação geral do Desafio Jovem, e em seguida as coordenações do ambulatório e internamento, para esclarecer os objetivos do estudo e solicitar o consentimento destas. Em seguida, após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), participou-se de oito visitas pré-agendadas ao Desafio Jovem, com o intuito de obter aproximação com o contexto em que os jovens estavam inseridos. Desta forma, participou-se das mais variadas atividades que eles tinham na rotina.

5.5 Instrumentos e procedimentos para coleta das informações

Inicialmente, a pesquisa aconteceu com a aproximação da pesquisadora ao Desafio Jovem, o que possibilitou a imersão desta no cenário de convívio dos jovens, a participação nas atividades realizadas pela instituição, conhecer a missão, como também as normas e rotinas dos dois tipos de tratamentos, e ainda o trabalho realizado pelos profissionais que lá atuavam. Esta aproximação ocorreu por meio de oito visitas à comunidade terapêutica. Ao final das duas últimas visitas, procedeu-se à explanação dos objetivos e das estratégias a serem construídas juntamente com os jovens que iriam participar.

Ao considerar que se trata de pesquisa qualitativa, esta articula questões de ordem subjetiva como raízes culturais, sentimentos, emoções, comportamentos, reflexões e colocações pessoais, discussões e síntese resultante da produção coletiva (MONTEIRO; VIEIRA, 2010). Neste sentido, foram utilizados para a coleta de informações: a entrevista semiestruturada, a observação-participante, o registro em diário de campo, o registro fotográfico e a utilização de gravador, bem como as etapas do Círculo de Cultura.

Destaca-se que a entrevista semiestruturada, consoante Gil (2009), apresenta certo grau de estruturação, já que as pautas são ordenadas e devem manter certo grau de relação entre si. O entrevistador realiza poucas perguntas diretas, permitindo que o entrevistado discorra livremente e somente intervindo quando este se afastar das pautas assinaladas. A entrevista favoreceu maior familiaridade entre os integrantes do estudo e a pesquisadora, possibilitando, desta forma, maior captação dos dados individuais com o intuito de somar aos dados coletivos. Esta foi realizada de forma individualizada em momentos agendados com os jovens, pois se percebeu a necessidade de investigar as características pessoais e a visão deles sobre a temática do estudo (APÊNDICE A). Desta forma, foi possível conhecer o universo vocabular dos jovens e o que sabiam acerca do HIV/aids, para que, posteriormente, fosse possível articular o conteúdo a ser trabalhado nos Círculos aos seus interesses e necessidades.

A observação-participante constituiu-se em uma técnica importante para definir o papel da pesquisadora como investigadora durante o processo de coleta de dados, visto que esta enquanto partiu do contexto de observação, estabeleceu relação face a face com os observados, e nesse processo, ao mesmo tempo, pôde modificar e ser modificada pelo

contexto. Isso contribuiu para captação de uma variedade de situações fenômenos que não foram obtidos por meio de perguntas (MINAYO, 2003).

A observação foi registrada em diário de campo, o qual serviu para constar as informações que não fossem o registro das entrevistas formais, ou seja, contemplou conversas informais, comportamentos, gestos, expressões relativas ao tema da pesquisa (APÊNDICE B).

A opção por utilizar fotos e gravação dos discursos como recurso metodológico durante a experimentação da entrevista e dos Círculos de Cultura justificou-se pela impossibilidade de a pesquisadora/animadora em dominar através do registro manual a demanda de dados produzidos em cada Círculo de Cultura. Vale ressaltar que se utilizou do gravador e máquina digital, segundo a necessidade e a permissão dos sujeitos. Deste modo, diante da inviabilidade de dedicação ao registro do som e da imagem, foi necessário solicitar uma pessoa qualificada, que foi anteriormente orientada a posicionar-se e agir de forma discreta e natural, sem interferir da dinâmica dos Círculos.

De acordo com os aspectos teóricos da Pedagogia de Paulo Freire, os Círculos de Cultura aplicados neste estudo seguiram as fases do método, adaptando-os ao alcance dos objetivos propostos:

1ª fase: a descoberta do universo vocabular, ou seja, a descoberta do conhecimento prévio, da vivência, das histórias individuais dos jovens inseridos no círculo de cultura;

2ª fase: seleção das palavras dentro do universo vocabular;

3ª fase: criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalhou;

4ª fase: elaboração de fichas indicadoras que ajudam os animadores do debate em seu trabalho;

5ª fase: elaboração de fichas nas quais aparecem as situações correspondentes às palavras geradoras.

A aplicação dessas etapas proposta pela metodologia de Paulo Freire possibilitou aos jovens construir, a partir de sua realidade, um novo capítulo de sua história, pois mediante a participação de forma plena e ativa nas atividades inter-relacionadas do Círculo de Cultura, os

sujeitos se tornarão mais críticos de forma permanente e independente do grupo ao qual faz parte (FREIRE, 2008b).

Tendo em vista a adequação do estudo às fases do Método Paulo Freire, elaboraram-se os procedimentos que foram adotados em cada círculo de cultura, em que se procedeu a um paralelo entre o Método Paulo Freire (BRANDÃO, 2011) para educação e sua adaptação ao Círculo de Cultura para os jovens: ações de educação em saúde que foram desenvolvidas neste estudo:

Quadro 2 – Relação entre o Método Paulo Freire e o Círculo de Cultura aplicável a este estudo com jovens usuários de cocaína/crack, no Desafio Jovem do Ceará em Fortaleza/CE.

Método Paulo Freire	Círculo de Cultura aplicado no estudo
<p>1ª fase - Descoberta do universo vocabular; 2ª fase - Seleção das palavras dentro do universo vocabular; 3ª fase - Criação de situações existenciais típicas do grupo com o qual se trabalha; 4ª fase - Elaboração de fichas indicadoras que ajudam os animadores do debate em seu trabalho; 5ª fase - Elaboração de fichas nas quais aparecem as situações correspondentes às palavras geradoras.</p>	<p>1ª fase - Descoberta do universo individual e coletivo. 2ª fase - Seleção dos temas dentro do universo vocabular a serem trabalhados. (momento da pesquisadora). 3ª fase - Criação de situações para problematização (de acordo com a realidade percebida – momento da pesquisadora). 4ª fase - Utilização de técnicas grupais para problematizar com fundamentação teórica (momento com o grupo). 5ª fase - Reflexão teórico-prática utilizando técnicas grupais – Desconstrução (momento com o grupo). 6ª fase - (Re) Construção coletiva utilizando técnicas grupais (momento com o grupo). 7ª fase - Síntese do que foi vivenciado (momento com o grupo). 8ª fase - Avaliação de cada Círculo (momento com o grupo).</p>

Fonte: adaptado de Brandão (2011) e Nogueira (2010)

Cada fase descrita no Quadro 2 foi realizada em todos os círculos mediante os três momentos: acolhimento (1ª fase), problematização (4ª, 5ª e 6ª fases) e avaliação (7ª e 8ª fase). As demais fases (2ª e 3ª) correspondiam a momentos da pesquisadora que ao avaliar o material selecionava os temas a serem trabalhados e criava situações para a problematização.

No acolhimento, realizou-se a descoberta do universo vocabular dos usuários de cocaína/crack através de técnicas grupais que favorecesse os participantes a falarem sobre as expectativas, conhecimentos e dos círculos anteriores. Para a problematização, foram utilizadas técnicas grupais que possibilitassem superar a visão mágica, substituindo-a por uma visão crítica, com fundamentação teórica, leitura crítica e reflexiva de textos selecionados,

conforme a temática a ser trabalhada em cada Círculo. Na avaliação, foi realizada síntese do que foi vivenciado em cada Círculo, por meio da autoavaliação, em que foi apreciada participação, interesse, motivação e apreensão do conteúdo pelo grupo, assim como a atuação da facilitadora.

Foram realizados seis Círculos de Cultura, envolvendo temas selecionados a partir do contato da pesquisadora com os jovens. Cada Círculo teve duração média de uma hora e meia, pactuadas com o grupo e com a instituição. A descrição dos círculos, com a riqueza minuciosa dos detalhes de cada encontro, foi importante aliada no planejamento das ações (APÊNDICE C).

5.6 Análise dos dados

Neste estudo, a descrição e organização dos resultados constaram da transcrição das informações coletadas, com registros de falas na íntegra, ordenadas mediante narração e discussão, segundo a sequência dos Círculos de Cultura que foram realizados, permitindo, assim, a análise e interpretação dos resultados pelo grupo, do significado da experiência para o pesquisador e pelo diálogo com a literatura, com apreciação de fundamentações teóricas consideradas relevantes e enriquecedoras ao estudo crítico do discurso popular (GIL, 2009).

As diversas tarefas realizadas durante os círculos de cultura foram assim sistematizadas: transcrição das informações, observando os registros do diário de campo e das imagens fotográficas, exame sistematizado do *corpus* da pesquisa e anotações registradas após a realização de cada círculo de cultura de acordo com os momentos vivenciados: acolhimento, problematização e avaliação, priorizando falas e discussões ocorridas para finalmente realizar a análise das informações. Estes dados obtidos através do processo dialógico do Círculo de Cultura foram interpretados de modo a promover codificação e categorização das comunicações orais e/ou escritas, considerando as regras de encadeamento, associação, exclusão e equivalência presente nas falas.

As falas obtidas a partir da entrevista individualizada que antecedeu à realização dos Círculos, foram apresentadas de forma a mostrar síntese dos relatos das falas dos jovens

usuários de cocaína/*crack* acerca das DST/Aids, das formas de prevenção e situações vividas que poderiam levá-los a contaminação por estas doenças.

Para preservar o anonimato dos jovens, utilizou-se a palavra usuário (U), precedida de número cardinal, a partir da ordem em que foram realizadas as entrevistas, para apresentação dos dados coletados tanto na caracterização dos sujeitos como nos Círculos de Cultura.

5.7 Procedimentos éticos

Aos integrantes foi elucidado o objetivo deste trabalho, de forma adequada à compreensão, a fim de convidá-los a participarem do estudo. Logo, foi garantido o sigilo e anonimato, no intuito de preservá-los em sua identidade e privacidade, considerando o que preconiza a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas regulamentadoras que tratam de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2003).

Em seguida, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), aos participantes e aos responsáveis legais para que ambos pudessem assinar devidamente este documento, permitindo, assim, que o jovem participasse do estudo, e no qual foi dada a possibilidade deles desistirem do mesmo a qualquer momento, sem risco de sofrerem penalidades. Em relação a esse grupo específico dessa temática, a resolução assegura-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias. Acrescenta-se que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ceará, obtendo aprovação, conforme número: 303/11 (ANEXO A).



Resultados e Discussões

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Para o conhecimento dos sujeitos, aplicou-se a entrevista individualizada antes de se iniciar os círculos, por entender que seria importante maior aproximação entre o educador e educando com objetivo de favorecer o diálogo. Freire (2011b) defende a ideia de que a dialogicidade como prática da liberdade começa quando é estabelecida interação entre ambos a partir da inquietação em torno do que vai ser dialogado nos círculos, ou seja, antecede à busca do conteúdo programático.

O grupo de estudo foi composto por dez jovens usuários de cocaína/*crack*, do sexo masculino, com idade entre 18 e 24 anos, que participavam de tratamento para dependência da cocaína/*crack*, no Desafio Jovem. Nenhum dos participantes relatou ter sido usuário de drogas injetáveis.

Em relação aos dados sociodemográficos dos jovens, a maioria deles era natural e procedente de Fortaleza/CE, dois eram casados, dois em união estável, e seis solteiros. Quanto à escolaridade, a maioria se encontrava no ensino médio 70% (7), e três no ensino fundamental.

6.2 O conhecer do universo individual

Usuário 1

Este jovem tinha 24 anos, morava com a mulher e a filha de dois anos, e estudou até o 3º ano do Ensino Médio.

Começou a usar drogas aos 14 anos. As drogas utilizadas por ele, ao longo da vida, foram: maconha, cocaína, álcool e cigarro. Praticamente, usou todas ao mesmo tempo, porque quando não usava um tipo, tinha que usar o outro. Em relação à cocaína, sua primeira

experimentação foi na casa de um amigo, com outros quatro colegas, e todos compraram a droga.

Na ocasião do estudo, estava em tratamento ambulatorial para uso de drogas, no Desafio Jovem. Relatou estar “limpo”³ há seis meses. Também estava trabalhando na empresa OI.

Revelou que a religião escolhida para seguir influenciou muito a sua vida, e há cinco anos tinha uma parceira estável, a sua esposa. Porém, nem sempre foi assim, visto que quando se drogava, se “relacionava” muito, mas assegurou que estava seguindo no caminho certo. Sua esposa nunca usou droga, mas revelou que teve relação com pessoas que usavam cocaína/*crack*, e que se submeteu a relações sexuais em troca de dinheiro ou de drogas, contudo garantiu que usou preservativo em todas as relações.

Sobre o HIV/aids, sabia que se tratava de uma doença sexualmente transmissível, e que não tinha cura ainda. Considerava que poderia pegar a doença pelo sangue e pela relação sexual, e que poderia ser evitada usando preservativo e respeitando a esposa. Afirmou que algumas situações vivenciadas por ele poderiam ter facilitado a infecção pelo HIV, pois se relacionou sexualmente com mulheres de programa, e como estava sob efeito das drogas, mesmo usando preservativo, não poderia confiar na mente destas mulheres, não sabia se aquele preservativo tinha sido alterado de alguma forma, propositalmente, por elas.

Acreditava que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, porque sabia que existiam mulheres que se prostituíam para usarem droga, e sob o efeito eufórico desta, poderiam se relacionar com várias pessoas, podendo contrair possível infecção pelo HIV, mesmo sem elas saberem que o outro já estava infectado, e com isso ocorria uma cadeia de transmissão infinita, em que drogas e sexo não tinham limites, somente consequências. Para ele o indivíduo que estava com o vírus HIV, jamais iria revelar que era soropositivo, portanto era importante saber quem era a pessoa com quem se relacionava, e procurar manter a fidelidade nos relacionamentos.

Para os encontros seguintes, sugeriu que a abordagem do HIV/aids mostrasse a devastação que a aids e as drogas causam nas pessoas.

³ Quando há algum tempo a pessoa está sem usar droga.

Usuário 2

Jovem de 23 anos, morava com a madrinha (tia), e concluiu apenas o Ensino Fundamental.

Aos 13 anos começou a usar drogas. Até a ocasião do estudo, as drogas utilizadas por ele foram o cigarro e a maconha com o *crack*, também chamado de mesclado. A primeira vez que usou *crack*, estava com um amigo na escola. No dia anterior ao uso do *crack*, ele ofereceu a maconha para o amigo, e no dia seguinte, o amigo levou o *crack* para que eles misturassem com a maconha, formando assim o mesclado, uma droga muito mais potente.

No período da entrevista, ele estava em tratamento ambulatorial para uso de drogas, no Desafio Jovem, porém durante os Círculos de Cultura, o mesmo conseguiu entrar para o tratamento de internação na mesma instituição. Afirmou estar sem usar mesclado há 40 dias, porém continuava usando cigarro.

Teve que desistir do emprego por causa do vício. Trabalhava na cidade de Crateús como eletricista e em casa de peças automotivas.

Estava separado, mas oficialmente casado, possuía dois filhos, de mães diferentes, e os dois tinham a mesma idade, sete anos, porém, apenas a menina morava com ele, o menino somente conhece por foto.

Relatou não ter parceira fixa. Afirmou que estava ficando com uma menina, mas que não conseguia se lembrar do nome dela, pois esquecia facilmente os nomes das pessoas. Revelou que a esposa usava *crack* antes de eles começarem a morar juntos, e que quando ela engravidou, parou de usar a droga por causa da criança e nunca recaiu. Teve relação sexual por dinheiro ou por troca de drogas, porém se preveniu usando preservativo durante as relações. Fez tratamento para DST, pois uma vez estava com um “esquentamento” na região genital e foi ao consultório médico. Este não lhe disse o nome da doença, apenas passou uma injeção e alguns medicamentos.

Em relação ao HIV/aids, sabia que era uma doença sexualmente transmissível e que não tinha cura. Achava que a doença poderia ser transmitida através de relações sexuais

sem preservativo, se a pessoa tivesse ferida na boca, dente estragado, ou se nascesse com a doença, se a mãe tivesse o vírus e amamentasse a criança e, ainda, por objetos cortantes contaminados. Sabia que poderia se prevenir contra o HIV usando preservativo durante as relações e procurando parceira fixa. Pensava que algumas situações vivenciadas por ele poderiam ter facilitado a infecção pelo HIV: ao fazer tatuagem de forma caseira, quando usava drogas e quando levou várias facadas em uma briga.

Acreditava que existia relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, porque no mundo das drogas, as pessoas faziam de tudo para conseguir, ainda mais aquelas pessoas que não tinham vínculo empregatício.

Considerava importante essa abordagem do HIV/aids na instituição, mas não sugeriu como gostaria que fosse conduzido os círculos, disse que da maneira que a enfermeira fizesse, seria importante para quem queria aprender.

Usuário 3

Adolescente de 18 anos, morava com a mãe, irmã e dois tios, e estudou até o Ensino Fundamental.

Há dois anos começou a usar drogas. Era usuário da maconha, cocaína e *ecstasy*. Fumava maconha de vez em quando, já a cocaína era diariamente, sendo que o consumo desta era aumentado quando o mesmo participava das chamadas “rave”. A primeira vez que usou cocaína pela forma aspirada, ele mesmo comprou e consumiu a droga sozinho durante uma festa.

No período da entrevista, já estava em tratamento de internação para uso de drogas, no Desafio Jovem, havia dois meses, porém durante os Círculos de Cultura, o mesmo pediu a coordenação de internamento para deixar o tratamento, pois se sentia forte o suficiente para voltar à sua casa. Relatou que estava sem usar drogas há três meses, ou seja, parou de usar um mês antes de se internar para tratamento.

Nunca trabalhou, somente estudava. Era solteiro, tinha namorada e não tinha filhos. Sua namorada não usava drogas, porém por influencia dele, às vezes, quando eles iam juntos para as festas, ela bebia um pouquinho para se enturmar.

Revelou ter tido relação sexual com pessoas que usavam *crack*, mas afirmou que nunca foi por dinheiro ou troca de droga.

Para ele, o HIV/aids era uma doença sexualmente transmissível, cuja transmissão poderia se dar através de seringas e canudos (que a pessoa usa quando está usando cocaína), se compartilhados entre pessoas que tem o vírus HIV, e relação sexual sem camisinha.

Referiu ter relações sem camisinha somente com a sua namorada, e se ele tivesse relação sexual com outra pessoa, ele iria usar camisinha.

Acreditava que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, a exemplo do canudo compartilhado entre os usuários da cocaína.

Sugeri que na abordagem do HIV/aids durante os círculos, era importante explicar mais sobre as doenças de uma forma que facilitasse o aprendizado dele, falando como tratar e evitar. Este participante teve oportunidade de assistir a uma palestra sobre as DSTs, ministrada por uma profissional da instituição, antes desta pesquisa.

Usuário 4

Tinha 20 anos, morava com pai, mãe, esposa e filha de dois anos. Encerrou os estudos ainda no 1º ano do Ensino Médio.

Começou a usar drogas quando tinha 15 anos. Por cinco anos, a única droga utilizada por ele foi a cocaína. A primeira vez que usou esta, foi pela forma aspirada, e estava em sua casa sozinho.

No período da entrevista, estava em tratamento na internação para uso de drogas, no Desafio Jovem, havia dois meses, portanto ele estava sem usar drogas durante esse mesmo período.

Tinha emprego de balconista na empresa Unimed, e está afastado para tratamento.

Encontrava-se em união estável com sua parceira, com a qual teve uma filha. Aquela nunca usou droga. Negava ter se relacionado com alguém que usava droga, e ter tido relação sexual por dinheiro ou troca de droga.

Para ele, o HIV/aids era uma doença grave e sexualmente transmissível, que poderia ser transmitida através da droga e pela relação sexual sem camisinha. Este participante teve oportunidade de assistir a uma palestra sobre as DSTs, ministrada por uma profissional da instituição, antes desta pesquisa e afirmou ter esquecido.

Revelou que quando estava sob efeito da cocaína, poderia ter vivenciado situações em que poderia ter se infectado pelo HIV, por isso que considerou que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV.

Sugeriu que a abordagem do HIV/aids fosse baseada em vídeos, cartazes, colagens, recortes e atividades que não os deixassem parados.

Usuário 5

Jovem de 21 anos, morava com o pai e a mãe, abandonou os estudos no 1º ano do Ensino Médio.

Começou a usar drogas aos 15 anos. Durante seis longos anos, utilizou maconha, cocaína, álcool, cigarro, *rohypnol* (comprimido tarja preta, com alto poder sedativo, também chamado pelos adolescentes de “ripinol” e “bolo doido”) e “aranha” (droga vendida comercialmente com o nome de artane, indicada para o tratamento de Parkinson, droga de uso complementar, geralmente associada à maconha ou ao álcool). A primeira vez que usou cocaína, foi pela forma aspirada, estava em uma festa na casa de um colega, com outros quatro colegas, estes compraram a droga, e o chamaram para usar também. Falava dos “amigos” como colegas, porque somente agora percebeu que amigos de verdade jamais o chamariam para este tipo de coisa.

Durante o período da entrevista, estava em tratamento na internação para uso de drogas, no Desafio Jovem. Relatou estar “limpo” há um mês e cinco dias. Referiu ser mecânico e assim que terminasse o tratamento iria voltar a trabalhar.

Relatou ter parceira estável, sua namorada, esta nunca usou droga. Afirmou ter tido relação com pessoas que usavam drogas, mas que jamais utilizou droga injetável, nem teve relação por dinheiro ou troca de droga.

Sobre o HIV/aids, sabia que era uma doença que não tinha cura, mas que tinha tratamento, e assegurou que o indivíduo que usasse drogas, com certeza poderia contrair o HIV/aids e outras DSTs. Complementou que transmissão do HIV poderia ser também pelos fluidos, se a pessoa não usasse camisinha, pelo sangue, e pelo beijo. Afirmou que as pessoas falavam que pelo beijo não se pegava o HIV, mas ele discordava, porque se a pessoa contaminada estiver com um corte na boca e beijar outra pessoa que não tem o vírus, esta certamente irá se contaminar, por causa do sangue que foi compartilhado no beijo.

Reconheceu que poderia ter se infectado pelo HIV e outras DSTs, pelo fato de ter tido relações sexuais sem preservativo. Afirmou que existia associação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, uma vez que o indivíduo ficava vulnerável por causa do efeito da droga, e que às vezes a pessoa queria ter relações sexuais, transar com alguém e não se lembrava de querer se proteger, de usar camisinha.

Gostaria que a abordagem do HIV/aids fosse de forma bem aberta, como conversa informal. E que a metodologia utilizada pudesse ser através de vídeos, fotos, que mostrasse realmente a realidade para o grupo, porque somente falar o indivíduo não imagina o tamanho do risco que corre. As imagens eram consideradas importantes, porque a pessoa vê e diz: *“é desse jeito mesmo, dessa forma, esse negócio é feio mesmo, faz mal mesmo, eu não pensava que era desse jeito. Eu pensava que era simples, mas não é simples.”* Ele entendia que dessa forma, as pessoas enxergariam a realidade e poderiam tomar uma atitude preventiva.

Usuário 6

Jovem com 24 anos, morava com a mãe, encerrou os estudos ainda na 5ª série do Ensino Fundamental.

Aos 16 anos começou a usar drogas. Primeiro o álcool, depois a maconha e por último o *crack*. Esta droga foi experimentada pela primeira vez na companhia de um colega em uma casa abandonada. A droga foi comprada por U6.

Há dois meses, ele estava em tratamento na internação, no Desafio Jovem, para uso de drogas, dessa forma ele estava sem usá-las durante esse mesmo período. Estava sem emprego, mas trabalhava vendendo rede.

Relatou não ter parceira no momento, e que o motivo do término do seu último relacionamento foi por causa das drogas, pois sua parceira não usava, optando assim por terminar a relação. Revelou que quando usava drogas, teve relação sexual com outras pessoas que também usavam.

Sobre o HIV/aids, sabia que era uma doença séria. Achava que poderia pegar a doença pelo sexo sem uso de camisinha e o compartilhamento de materiais contaminados, como seringas. Afirmou que algumas situações vivenciadas por ele poderiam ter facilitado a infecção pelo HIV, pois teve relação sexual com uma usuária, que depois ouviu falar muitas histórias sobre ela que o deixaram preocupado, mesmo que tendo usado preservativo, ele ficou receoso.

Acreditava que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, mas não descreveu o porquê. Sugeriu que na abordagem do HIV/aids pudesse inserir alguma atividade de artesanato, porque ele gostava muito.

Usuário 7

Adolescente com 19 anos, morava com o pai, a irmã, o irmão e a avó paterna. Sua mãe o abandonou quando tinha apenas dois anos de idade. Estava cursando o 2º ano do Ensino Médio.

Começou a usar drogas aos 17 anos. Experimentou primeiro o álcool e depois a cocaína. A primeira vez que usou esta, foi pela forma aspirada ou “cheirada”. U7 estava na casa de dois amigos, bebeu um pouco de álcool e para que não chegasse a sua casa com os

efeitos da bebida, seus amigos o ofereceram cocaína, dizendo para ele que iria passar o efeito da bebida, então ele usou e continuou nessa “onda”.

Há três meses, estava em tratamento na internação no Desafio Jovem para uso de drogas. Porém, durante o período do estudo, praticou uma indisciplina e foi desligado do tratamento da internação, passando a frequentar somente o tratamento ambulatorial. Relatou estar “limpo” há três meses. Estava sem emprego, mas trabalhava em posto de bicicleta.

Quanto à vida íntima, era solteiro, e relatou nunca ter tido relação sexual.

Sobre o HIV/aids, ouviu falar muito pouco, e achava que era uma doença transmissível, que poderia pegar na relação sexual e talvez consumindo droga.

Acreditava que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, porque quando a pessoa estava drogada ela não tinha medo de nada, nem se lembrava que existia doença alguma.

Gostaria que na abordagem do HIV/aids, a facilitadora continuasse conversando com ele, aconselhando-o e que todo mundo participasse por meio de diálogo.

Usuário 8

Jovem de 21 anos, morava com a mãe, e não concluiu o 3º ano do Ensino Médio.

Aos 18 anos começou a usar drogas. Nesses três anos de vício, usou primeiro a maconha, depois o mesclado e por último a cocaína. A primeira vez que usou cocaína, foi pela forma aspirada, mas não se lembrava onde estava e nem com quem.

Estava em tratamento ambulatorial, no Desafio Jovem, para uso de drogas. Porém este tratamento não estava sendo encarado com seriedade pelo mesmo, pois afirmava ter usado drogas: *rohypnol*, rivotril e cocaína, um dia antes da entrevista.

Não trabalhava e ocupava seu tempo somente com a torcida da “Cearamor”. Não tinha filhos e nem parceira fixa. Relatou nunca ter tido relacionamento sério com mulher

“droguera”, porque não gostava, mas que relação sexual com mulher deste tipo já aconteceu muitas vezes.

Sobre o HIV/aids, afirmou que recentemente assistiu a uma reportagem na qual dizia que a cura desta doença tinha sido encontrada. Achava que se o indivíduo tivesse relação sexual sem camisinha poderia pegar o vírus do HIV e pensava que não existia relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, pois acreditava que mesmo a pessoa estando sob o efeito de drogas, ela tinha consciência do que fazia.

Revelou que algumas situações vivenciadas por ele poderiam ter facilitado a infecção pelo HIV, pois se envolveu sexualmente com muitas prostitutas e mulheres usuárias de drogas.

Acreditava que a universidade tinha papel muito importante em estar trazendo este tema para a instituição e sugeriu a presença de mais alunos da universidade para que eles pudessem conversar mais sobre esta temática das DST²/aids, visto que na opinião dele, a instituição abordava basicamente a questão das drogas.

Usuário 9

Adolescente com 19 anos, morava com a tia e o primo. Os pais moravam em Salvador. Seu pai estava com problemas com a justiça, e U9 achava que seu pai e sua mãe estavam se separando. Estava cursando o supletivo do Ensino Médio.

Começou a usar drogas aos 18 anos. A primeira vez que usou cocaína, foi pela forma aspirada, estava na casa dos seus primos, e foram eles que o levaram a isso, mas hoje nenhum usa mais. A cocaína foi a única droga utilizada por ele.

Estava em tratamento ambulatorial, no Desafio Jovem, para uso de drogas. Relatou que estava há seis meses sem usar droga. Não trabalhava, somente estudava. Perdeu virgindade no “brega”, e que depois disso não teve mais relação com ninguém. Diz que o seu objetivo era somente “ficar”, sem compromisso.

Sobre o HIV/aids, sabia que era uma doença. Como se pegava, como se prevenia, ou se ele viveu alguma situação que considerou de risco, ou se a droga influenciou na contaminação pelo vírus, ele não soube dizer.

Usuário 10

Jovem de 24 anos, morava com a esposa, e concluiu o Ensino Médio.

Aos 19 anos, começou a usar drogas: maconha, *ecstasy*, álcool e cocaína. A primeira vez que usou cocaína, foi pela forma aspirada, estava na casa de um amigo, que comprou a droga, com mais três amigos.

Estava em tratamento ambulatorial, no Desafio Jovem, para uso de drogas e relatou estar “limpo” há nove meses. Às vezes faltava às reuniões por causa do trabalho noturno como auxiliar de cozinha.

Relatou ter parceira fixa, sua esposa, e afirmou que quando usava drogas nunca teve relação com outras pessoas que também usavam, porque detestava mulheres “drogadas”.

Sobre o HIV/aids, sabia que era doença que atingia e enfraquecia o sistema imunológico, e que a pessoa não morria de aids, mas de uma doença que o indivíduo adquiria. Achava que somente através do sexo sem camisinha e compartilhando seringas contaminadas, é que se poderia adquirir o HIV. Comentava que já teve relação sexual desprotegida, o que poderia ter facilitado a infecção pelo vírus. Acreditava que existia alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, mas frisou que somente com os usuários de droga injetável.

Gostaria que a abordagem do HIV/aids pudesse ser em forma de teatro.

6.3 O conhecer do universo coletivo a partir dos Círculos de Cultura

Foram um total de seis círculos dos quais foram intitulados: Conhecendo o viver dos jovens com as drogas; Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS enquanto usuários de drogas; A relação da AIDS com as drogas; Conversando sério sobre a prevenção do HIV/AIDS; O que aprendemos sobre AIDS? Síntese do que foi vivenciado.

Cada círculo foi planejado de acordo com os resultados das expectativas dos jovens, como também com os diálogos.

1º Círculo de Cultura - Conhecendo o viver dos jovens com as drogas

O primeiro círculo teve o objetivo de conhecer o universo vocabular dos participantes, para tanto foram utilizadas as palavras geradoras relacionadas às drogas e à vulnerabilidade, as quais subsidiaram a programação futura das ações educativas de acordo com a realidade dos participantes deste estudo. Estes se encontravam receptivos e ansiosos pelo primeiro encontro, principalmente o grupo da internação, visto que não poderiam sair da instituição durante o tratamento por um longo período.

Por se tratar de um grupo de jovens que realizavam tratamento na mesma instituição, porém em modalidades diferentes, como ambulatorial e internação, iniciou-se o encontro com uma dinâmica de apresentação. Neste primeiro momento, cada jovem preencheu um formulário, que continha as seguintes informações: nome, apelido, idade, estado civil, um esporte, um lazer, uma qualidade e um defeito. Após este preenchimento, juntaram-se todos os formulários e pediu-se para que cada um fosse sorteando um formulário e fizesse a apresentação do outro colega. Dentre as informações pedidas, o defeito foi o mais difícil de escrever, já o apelido era sempre um momento de muita risada e descontração. Após a apresentação do grupo, foram explicados os objetivos dos Círculos e entregues para eles os dias e os horários dos próximos encontros, estabelecendo um espaço interativo com os participantes.

No momento a seguir, foi entregue a todos os jovens uma tarjeta, lápis e pincéis, e solicitou-se que eles escrevessem o seguinte: um motivo que o levou a usar drogas. Em seguida eles iam falando e colando no quadro grande. Este quadro ao longo de todo círculo, era dividido em quatro partes. A primeira era esta, os motivos que os levaram a usarem

drogas. No momento de falar sobre seus motivos, a atividade teve início por U5, que prontamente se ofereceu para dar início. Seu relato esteve basicamente voltado para as más amizades, conforme discurso: *a influência da amizade que fez com que eu começasse a usar drogas*. O jovem U4 também citou as amizades como o principal motivo: *os amigos me ofereciam nas festas, aí eu gostei e usei até antes de me internar*. Isso também se repetiu nas falas de U6 e U7. Este acrescentou que os amigos o chamaram para beber e, em seguida, o ofereceu cocaína, prometendo que iria passar o efeito do álcool, para que ao chegar à casa, sua mãe não perceberia que havia bebido.

Essa realidade foi observada por Facundo (2007), em estudo com 175 adolescentes e jovens marginais, em que mostrou que ter amigos que consomem algum tipo de droga, aumentou a possibilidade de adolescente a usá-la. Silva (2010), também, cita que amigos usuários de drogas é um fator que predispõe o adolescente ao abuso de substâncias, ou seja, o primeiro contato com as drogas ocorre principalmente pelo fato de os adolescentes terem amigos que usam drogas, ocasionando pressão de grupo na direção do uso.

U3 explicou um fator de risco para o uso de drogas bastante característico da adolescência, a curiosidade: *eu comecei a usar droga pela minha curiosidade, queria saber o que era*. E, segundo U5, *90% dos jovens usam por curiosidade de saber como é a sensação das drogas, porque vê os colegas usando e acha legal*. Para U2, faltaram planos para o futuro com o dinheiro que ganhava: *não tinha muito que fazer com o dinheiro, aí resolvi comprar drogas*. Essas falas são encontradas em outros estudos, a exemplo de Silva (2010) que trabalhou com adolescentes, e constatou que o jovem experimenta droga em decorrência da desinformação; curiosidade; insatisfação com a vida (falta de planos); insegurança; despersonalização; frustrações e fácil acesso.

Na segunda parte do quadro, solicitou-se aos participantes que listassem verbalmente diversas razões porque os jovens usam drogas. A influência dos amigos foi listada por todos, sendo representada pela fala de U3: *amigos que usam e que fazem você usar também, e eu tinha primos que usavam também*.

Já U5 citou os pais: *muita gente tem os pais que usam, principalmente o pai, o pai que bebe, mas hoje os jovens não querem só beber não, querem usar drogas também*. Facundo (2007) também relata maior consumo de drogas entre adolescentes, quando algum dos pais consome drogas, ou se o jovem discute demasiado com os pais.

O álcool também foi citado, mas na visão de U6: *o álcool é uma porta de entrada para o uso de drogas*. Ou seja, para eles o álcool não era uma droga muito perigosa, até porque nenhum deles estava na instituição para tratamento de alcoolismo.

Tristeza e depressão, também, foram relatadas como motivos. Outro ponto bastante discutido foi o uso de drogas para “chegar” até as meninas, conforme depoimento de U7: *eu usava para criar coragem de chegar junto às meninas, para perder a timidez*. A coragem de dançar também foi relatada por eles como motivo pelo qual os jovens usavam drogas: *o cara bêbado dança qualquer passo e qualquer música* (U5). Somente U6 relatou que usava drogas para relaxar e se sentir “voando”, e achava que outras pessoas extremamente estressadas usavam droga com esse mesmo objetivo.

Após terem explicitado os motivos pelos quais eles e os jovens em geral usam drogas, chegou-se a terceira parte do quadro, em que relataram outros recursos que poderiam ser utilizados por eles para que atingissem os mesmos objetivos e não voltassem a usar drogas. E, desta forma, U5 começou: *para chegar junto às meninas, podemos treinar antes na frente do espelho*; U1 completou: *tem que ter atitude*; *Para dançar, é importante entrar na aula de dança* (U4). Falaram também que ioga e ir à praia para ver o pôr do sol, os ajudam a relaxarem, e que as nuvens podem ser alcançadas com uma paixão.

Para o conhecimento do universo vocabular do viver dos jovens com as drogas, foi proposta uma atividade, em que foi solicitada a cada jovem que construísse um desenho que respondesse ao seguinte questionamento: *quais as sensações ou efeitos que eles sentiam quando estavam usando drogas?* Com a realização desta estratégia, montou-se a quarta e última parte do quadro grande.

O enfermeiro, na comunidade terapêutica, encontra ambiente interessado na formação dos cidadãos e espaço educador flexível, pois, na proposta de Paulo Freire, torna-se imprescindível respeitar o saber prévio das pessoas para seguir junto na elaboração do conhecimento com base em uma discussão coletiva, da qual todos podem participar.

À proporção que o círculo acontecia, percebia-se maior interação da pesquisadora com os adolescentes, que como animadora do círculo de cultura, marcava cada momento com alegria e esperança. Para Freire (2011b), há relação entre a alegria necessária à atividade

educativa e a esperança. A esperança de que o professor e o aluno possam aprender, ensinar e inquietar-se juntos.

A realização da atividade de desenho permitiu maior integração entre o grupo, fortalecendo sentimentos de cooperação. Alguns adolescentes demonstraram de forma espontânea as dificuldades sentidas em não saber como começar, porém com apoio, todos conseguiram desenhar algo que demonstrasse a singularidade no grupo.

Ao final do tempo estipulado para a execução da atividade, cada jovem apresentou e colou o seu desenho em um grande painel construído com folhas de papel madeira, completando o enorme painel com tudo o que foi discutido naquele círculo e o resultado final desta estratégia foi a elaboração do painel intitulado: Conhecendo o viver dos jovens com as drogas.

Figura 1 - Conhecendo o viver dos jovens com as drogas *



*Construído a partir dos quatro momentos de atividades que foram propostas ao grupo, com objetivo de conhecer o universo vocabular dos participantes do Círculo de Cultura.

A construção desse grande painel com quatro partes foi a maneira encontrada para interagir melhor com os participantes e interligar os pensamentos, pois no primeiro momento,

abordou-se sobre os motivos pelos quais os participantes usaram drogas, depois o porquê que os outros jovens usam drogas, e a seguir que outros recursos poderiam ser utilizados por eles para atingirem os mesmos objetivos, e por fim o desenho das sensações ou efeitos que as drogas causavam neles.

Nos desenhos criados, os jovens optaram por retratar fielmente suas sensações enquanto usuários de drogas. No momento de exposição e narração dos desenhos construídos, o primeiro adolescente expressou o seguinte sobre o seu desenho: *aqui é o canudo, e aqui é a cocaína, aí quando eu cheirava, eu ficava “doidão”* (U7). Outro adolescente participante do círculo relatou enquanto ouvia a descrição do desenho de U7: *é doutora, tem que rir para não chorar* (U5).

U4 descreveu o seu desenho desta forma: *aqui era eu, ficava em casa só olhando para a luz dos postes, “noiado”*. Já U3 descreveu seu desenho desta forma: *como eu vivia na praia, aí quando eu ia para as festas nas boates, e que eu usava cocaína e ecstasy, eu ficava vendo onda, peixe, as coisas piscando o tempo todo*. U5 referiu impaciência com os seus familiares, quando estava sob o efeito das drogas.

U6, em seu desenho, relatou a vontade de usar sempre mais e que às vezes ele via vultos. U2, sempre muito tímido, gostava de ficar por último nas apresentações, e quando descreveu o seu desenho, assim o relatou: *a minha sensação era de morte, eu fumava uma pedra e depois queria era me matar*.

Todos esses relatos dos jovens deste estudo corroboram com o que a literatura aponta sobre os efeitos das drogas, no caso cocaína/*crack* no organismo. Assim, com base em estudos sobre os principais sinais e sintomas decorrentes do consumo de cocaína/*crack*, observou-se que a fase inicial de euforia, a mais desejada pelos usuários, apresenta as seguintes características: aumento do estado de vigília, sensação de bem-estar e autoconfiança, euforia, sintomas que caracterizam o estado de excitação denominado *high*; aumento do estado de alerta e da concentração, aceleração do pensamento, aumento da libido e do prazer sexual; essa fase é substituída por outra, caracterizada pela disforia, um estado de natureza depressiva, que se instala subitamente e cuja essência é irritabilidade e a labilidade afetiva (“pavio curto”). Um quadro caracterizado por fadiga, tristeza e depressão. Com o aumento progressivo do consumo, secundários aos ciclos de euforia e disforia, aparecem os

sintomas paranoides transitórios (terceira fase), tais como suspeição e persecutoriedade (RIBEIRO *et al.*, 2012b).

Os quadros psiquiátricos mais relatados são transtornos de personalidade, quadros depressivos e ansiosos, instabilidade do humor, delírios e alucinações. Quadros bastante proferidos pelos adolescentes do estudo. Quanto à fome, ao sono e sexo, o uso do *crack* pode reduzir o apetite, causando o emagrecimento, insônia, e com o uso continuado da droga o interesse e a potência sexual diminuem. Os hábitos de higiene podem ficar também comprometidos (BRASIL, 2010a).

Após a primeira conversa com os jovens sobre os desenhos, foi questionado com eles o motivo pelo qual eles somente desenharam e narraram sensações ruins, se as drogas tinham sido tão ‘boas’ ao passo que atualmente eles estavam em tratamento por causa da dependência. Após algumas discussões, eles chegaram à conclusão que os primeiros desenhos eram a visão que tinham hoje, mas quando começaram a usar as drogas eles se sentiam assim: alegres, com vontade de fazer tudo, estimulados, corajosos, se sentiam bem e se achando o “cara”.

Então a partir desses novos discursos foi sugerido que fizessem outros desenhos com base nesse novo olhar ao que tinha sido pedido a eles. Neste momento, eles começaram a cantar músicas de boate, lembrando-se do início do uso de drogas. Os desenhos deles retrataram muito bem as “boas” sensações que o fizeram se tornarem dependentes: *eu tinha muita atitude depois de usar cocaína, chegava nas meninas e ficava mesmo* (U7); *eu me sentia o rei e nada me abalava* (U5); *eu via muitas mulheres de biquíni na praia, tudo só miragem* (U4); *eu tinha mais vontade de conversar com a minha namorada, quando usava* (U6).

Como animadora do grupo e por intermédio do quadro construído pelos jovens, percebeu-se a participação ativa deles, desvelando realidade cercada pela vulnerabilidade às drogas e conseqüentemente às DST/aids. Procurou-se também promover ambiente de liberdade, proporcionando aos jovens a sensação de alegria em fazer parte das atividades.

No momento da avaliação do encontro, perceberam a importância de terem se conhecido mais, principalmente por estarem juntando dois grupos de tratamento diferentes,

mas com o mesmo objetivo, e reconheceram a necessidade de contar o que aconteceu e aprenderam naquele momento com os demais colegas internados.

Os participantes do internamento estavam preocupados em não chegarem atrasado, pois para que eles pudessem vir para as atividades no ambulatório, era preciso que os agentes de prevenção os trouxessem, mas a coordenadora os tranquilizou, afirmando que havia combinado os horários com os agentes para que não houvesse atrasos.

É importante registrar que neste primeiro círculo houve a participação da coordenadora do tratamento de internação, que solicitou previamente sua participação, visto que a mesma teve o cuidado de observar a forma como a temática seria abordada ao grupo, já que a mesma era responsável pelo grupo da internação e estes entraria em contato com o grupo em tratamento ambulatorial. Esta coordenadora foi importante no apoio à pesquisadora, providenciando a logística dos locais para realização dos círculos, sempre mantendo a pesquisadora informada quanto à entrada e saída de algum jovem da instituição, antes de começar os círculos, e contatando os participantes para que não faltassem.

Apesar de todos terem sido avisados sobre os dias das atividades, percebeu-se que os faltosos eram do ambulatório, visto que estes estavam mais dispersos quanto aos compromissos acordados.

Neste primeiro encontro, ficou evidente a necessidade de trabalho educativo continuado com esses jovens, a fim de favorecer a uma reflexão sobre a temática das drogas e sua relação complexa com os vários fatores que cercam essa questão, inclusive as DST/aids.

2º Círculo de Cultura - Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS enquanto usuários de drogas

Este círculo aconteceu mediante as reflexões que se iniciaram no momento anterior, e de acordo com as respostas das entrevistas realizadas antes de começarem os círculos. Nestes momentos, evidenciou-se que a maioria dos jovens não possuía conhecimento adequado sobre o HIV/aids, conforme relato de U7, adolescente de 19 anos: *eu não sei quase nada, somente que aids é uma doença transmissível, que aí a pessoa faz a relação aí pega essa doença, ou é consumindo droga também?* Identificou-se, ainda, que

alguns deles não reconhecem ou não sabem se eram vulneráveis ao HIV/aids por serem usuários de drogas, no caso do estudo, de cocaína/*crack*, embora a maioria afirmasse existir esta relação: *eu acho que não tem essa relação das drogas com o HIV, porque a pessoa drogada tem consciência do que faz* (U8); *eu acho que tem, no caso da droga injetável* (U10); *somos vulneráveis sim, porque existem mulheres que se prostituem para usarem droga, então ela acaba pegando várias pessoas e acaba se infectando sem saber, e a pessoa que não é infectada vai usar aquela mulher de programa, até às vezes também pela droga, ou por troca de droga e acaba se infectando também sem saber* (U1).

Nesse sentido, iniciou-se o círculo, exibindo um vídeo educativo sobre os efeitos do *crack* no organismo. Em seguida outro vídeo foi exibido sobre o que é HIV. Essas apresentações iniciadas pelos vídeos tiveram o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca dos efeitos das drogas e sobre o HIV/aids, na busca de fornecer subsídios para enriquecer as futuras discussões do grupo sobre a temática proposta.

As apresentações dos vídeos duraram aproximadamente 17 minutos, e foram marcadas por total silêncio e atenção do grupo. Ao utilizar os recursos dos vídeos, facilitou-se o processo de tomada de decisões e proveu-se um cuidado, proporcionando ao sujeito espaço de reflexão sobre a problemática da vulnerabilidade deles ao HIV/aids (VARGAS; ROCHA; FREIRE, 2007). Ao final das apresentações dos vídeos, foi realizada roda de conversa, em que se perguntou sobre o que eles acharam dos vídeos, o que estes abordavam e quais dúvidas gostariam de esclarecer juntos. Assim, surgiram as seguintes falas: *tudo o que foi falado no vídeo é verdade, e eu não sabia que eu podia ter tido intoxicação por alumínio, por ter fumado crack, foi ótimo saber o que eu sentia de forma mais detalhada e esclarecida* (U4); *sinceramente, eu senti foi vontade de usar* (U2); *essa questão da higiene é séria mesmo, a gente nem se lembra de se cuidar* (U7); *a gente fica sem querer comer mesmo, aliás, não sentimos fome* (U3); *essa história da adrenalina e dopamina é muito interessante* (U1).

Evidenciaram-se nesses fragmentos de falas que os jovens já sabiam muitos efeitos do *crack* no organismo, mas que mesmo assim, ficaram surpresos com a questão da intoxicação por alumínio, da liberação de adrenalina e dopamina, de o porquê deles sempre querer usar mais droga e não conseguirem parar, e até mesmo de sentirem vontade de usar a droga pelo fato de terem visto o vídeo, mesmo este não mostrando nenhuma pessoa usando a droga, mas somente em ouvir o relato das boas sensações que o *crack* causa na pessoa, trazendo uma lembrança da fase boa desta droga.

Quanto à intoxicação por alumínio, esta ocorre porque como o *crack* vem na forma de pedra, ele precisa ser esquentado, queimado para soltar a fumaça para ser inalado ou fumado. É muito comum que o usuário de *crack* se utilize de latas de refrigerante ou de cerveja, para jogar a pedrinha lá dentro. Com um isqueiro, ele esquentava a latinha e, portanto, a pedra também, que acaba liberando essa fumaça que vai ser rapidamente aspirada pelo indivíduo, passando para a corrente sanguínea e em seguida ao cérebro, em questão de segundos. Esta forma de consumo faz com que alumínio também se desprenda da lata e faça parte dessa fumaça que é inalada pelo indivíduo. Esse alumínio cai na corrente sanguínea e é distribuído pelo corpo, causando lesões no cérebro, nos ossos e nos rins (OLIVEIRA; NAPPO, 2008a). Nenhum dos jovens do estudo relatou saber desta consequência do uso, e ficaram surpresos e pensando na possibilidade de estarem intoxicados pelo alumínio.

O *crack* tem efeito anoréxico, elimina a fome do indivíduo, e porque o usuário não se alimenta bem, vai passar a ter deficiência de proteína, vitaminas, sais minerais, e o seu organismo vai ficar debilitado muito rapidamente, prejudicando também o sistema imunológico e abrindo possibilidades de infecções de várias maneiras. Além disso, esta droga tira o sono, o indivíduo passa longos períodos sem dormir, e quando o corpo não suporta mais este estado de alerta, o sujeito “apaga”. Quando ele acorda, vai procurar algo para comer, para em seguida ir atrás da droga de novo, que é a sua razão única de viver. Ao debater este ponto com os jovens, percebeu-se o quanto a imagem emagrecida de quando chegaram para fazer o tratamento era forte (CRUZ *et al.*, 2010). Na ocasião do círculo, brincaram, fazendo “chacota” das suas imagens esqueléticas, mas revelaram que estavam irreconhecíveis de tanta magreza.

Sobre o coração, a liberação de dopamina constante no cérebro, que deveria ser removida e não é por causa do *crack*, ocasionando também indução da liberação de adrenalina, causando aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, aumentando assim o risco de infarto do miocárdio e de derrame cerebral (RIBEIRO *et al.*, 2012b).

Quanto aos músculos, esta droga causa degeneração irreversível da musculatura, chamada de rabiólise. Além disso, sobre o sistema neurológico, o *crack* provoca lesões no cérebro, e com isso ocorre perda de neurônios no cérebro, que resulta em perda de memória, dificuldade de concentração e oscilações no humor com bastante frequência, levando o sujeito a uma severa instabilidade emocional (CRUZ *et al.*, 2010; RIBEIRO *et al.*, 2012b). Essas sensações descritas foram evidentes durante o convívio com os jovens, pois

segundo os relatos a seguir, eles não lembravam nem do nome da parceira que estavam se relacionando, de informações que haviam assistido em uma palestra há uma semana, mostravam instabilidade no humor e dificuldade de concentração considerável: *eu estou ficando com uma meninazinha, mas nem o nome dela eu sei direito* (risos). *Não é porque ela não me disse não, é porque eu esqueço* (U2); *eu assisti uma palestra sobre as DST semana passada e agora não lembro do que a moça lá falou para que eu pudesse te responder direito* (U6); *eu queria que a sra. colocasse nos nossos encontros atividades que a gente possa se mexer, fazer artesanato, essas coisas, porque a gente se concentra mais* (U10).

Em relação aos agravos da droga, o indivíduo ainda pode apresentar transtornos psiquiátricos, como a psicose, em que o sujeito revela um quadro de transtorno bipolar, a paranoia persecutória ou mania de perseguição, em que ele acha que pessoas estão querendo prejudicá-lo, que a polícia está atrás dele, tudo de ruim está atrás dele e ele precisa se esconder. As alucinações e os delírios também ocorrem com frequência, conforme relatos dos jovens: *aqui era eu, ficava em casa só olhando para a luz dos postes, “noiado”* (U4). Já U3: *como eu vivia na praia, aí quando eu ia para as festas nas boates, e que eu usava cocaína e ecstasy, eu ficava vendo onda, peixe, as coisas piscando o tempo todo.*

Com relação à atividade sexual, no início do uso da droga, o sujeito se sente sexualmente mais ativo, porém com o passar do tempo ocorre processo inverso, e os homens passam a ter dificuldade de ereção, além do que, perdem o interesse pelo sexo, por uma única razão: droga causa um prazer muito maior que um orgasmo. E o problema disso é que os usuários para conseguirem dinheiro para comprar mais droga no sentindo de continuar sentindo este prazer, acabam praticando a prostituição, e aí ocorrem duas consequências gravíssimas: contraem DSTs graves e não se tratam, e a mais importante, a aids, visto que a evolução da doença em um corpo bastante debilitado ocorre de forma rápida. U2 foi o único que revelou ter tido uma DST: *só uma vez aí que eu peguei uma DST, que o povo diz esquentamento, mas o médico só me deu uns remédios lá e uma injeção. O médico também não me disse o nome, só passou os remédios.*

Os hábitos de higiene é uma das coisas que o indivíduo perde completamente, já que ele não se interessa mais por tomar banho, escovar os dentes, dentre outros. U7 foi o único que falou sobre isso: *essa questão da higiene é séria mesmo, a gente nem se lembra de se cuidar.*

Quanto ao vídeo sobre o HIV, continuando neste ambiente descontraído, foram surgindo os seguintes questionamentos: *como é que se faz este teste do HIV? Quais os tipos? A gestante faz como, é o rápido, ou é o normal?* (U5); *doutora e qual é a diferença do HIV e da aids? Não é a mesma coisa não?* (U1); *e essa janela imunológica, não entendi, explica de novo?*(U7); *eu ouvi falar que o vírus da aids fica escondido na medula óssea, é verdade?*(U8); *a pessoa não morre de aids não, morre por causa das doenças oportunistas* (U3); *agora fiquei preocupado pensando que o cachimbo que eu fumava o crack, se eu compartilhei poderia ter pegue o HIV* (U6). *Mas, agora eu quero saber de onde veio a aids? Ela surgiu como?* (U5); *e aqui no Brasil, quando ela chegou?*(U3)

A maioria deles não sabia a diferença entre o HIV e a aids. Isto percorreu toda a discussão sobre o vídeo. Foi possível, com base na curiosidade dos sujeitos, percorrer a aids em sua total dimensão de questões, que seriam complementados em círculos posteriores. Outros estudos, como o de Nogueira (2010) que trabalhou a prevenção do HIV/aids com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e Luna (2011) que trabalhou a mesma temática com adolescentes em situação de rua, também discutiram estas mesmas questões tratadas com os jovens neste e nos próximos círculos: a diferença entre o HIV e a aids, as doenças oportunistas, as formas de transmissão e prevenção, os mitos e tabus, os testes para diagnóstico, a origem desta doença, enfim assuntos pertinentes a temática do HIV/aids que depois se funilavam para cada população específica estudada.

Figura 2 – Grupo reunido discutindo sobre os vídeos apresentados.



Após essas discussões com base nos vídeos, utilizou-se a dramatização, para auxiliar o processo de desconstrução e (re) construção coletiva. O grupo foi convidado a elaborar e apresentar duas dramatizações com a utilização de fantoches, tendo sido dividido em três subgrupos, o primeiro representou a seguinte situação: uso de drogas e a não contaminação pelo HIV, o segundo representou o uso de drogas e a contaminação pelo HIV, e o terceiro representou os jurados, para julgar a melhor apresentação.

A enfermeira tem papel importante na promoção da saúde para favorecer as pessoas à reflexão sobre seu modo de vida, a fim de serem capazes de tomar decisões saudáveis, como também a serem protagonistas na luta por seus direitos. É importante o debate da situação real vivenciada por grupos específicos para que o indivíduo busque identificar vulnerabilidade em seu contexto.

A primeira apresentação: **uso de drogas e a contaminação pelo HIV**, com a música de forró ao fundo da apresentação.

José: E aí, Marcela, tudo bem? A festa tá boa, né...Vamos tomar uma?

Marcela: Vou não, hoje você não vai me pegar não. Se quiser vamos só dançar.

José: Pois então bora dançar.

Marcela: Aí, meu Deus, ele já tá me beijando....

João: Olha aí, galera, tudo bem? Vamos comprar uns bagulhinhos que eu tenho aqui para vender?

José: Bora, bora sim, né, Marcela?

Marcela: Não eu não quero nada.

João: Olha eu tenho maconha, pedra da boa e cocaína.

José: Pois me dá cinquenta conto aí de pedra cara.

João: Na hora meu chapa.

José: Tá aqui, falou. Olha aí gatinha, comprei cinquenta conto de pedra pra nós usar ó. Vamos para o banheiro nós dois, bora?

Marcela: Ai, eu vou, bora.

José: Eita negócio bom, doida, bora logo pra um motel, bora?

Marcela: Vamos, vamos sim, tô doidona.

José: Bora namorar logo Marcela, tira a roupa que eu tô doido.

- Marcela sem nem pensar tira logo a roupa.

- E os dois transam loucamente, e nem citam a possibilidade de usarem o preservativo. Fim!

Figuras 3 e 4 – Preparação e dramatização sobre o uso de drogas e a contaminação pelo HIV, elaborado pelos participantes do 2º Círculo de Cultura.



A seguir apresenta-se a segunda dramatização: **uso de drogas e a não contaminação pelo HIV.**

Luiz: Oi, gatinha, vai pra onde? Bora ali mais eu?

Gatinha: Pra onde?

Luiz: Numa parada.

Gatinha: E vai dar certo?

Luiz: Vai, é pra gente fazer amor.

Gatinha: E é. Mas você tem camisinha?

Luiz: Tenho não, mas eu posso mandar o meu amigo Chicão ir comprar. Vai lá Chicão.

Chicão: Tô indo agora, meu patrão.

- E, nisso, o Chicão foi comprar e não voltou mais, enquanto isso eles usaram drogas e ficaram muito loucos.

Gatinha: Ah, meu filho, sem camisinha não vai dar certo. Aqui meu filho, o carrinho só entra protegido.

Luiz: Meu irmão, eu vou matar o Chicão, ó doido.

- Mesmo sob o efeito das drogas eles não tiveram relação sexual por conta que Gatinha não quis de forma alguma sem preservativo.

Fim!

Figuras 5 e 6 – Preparação e dramatização sobre o uso de drogas e a não contaminação pelo HIV, elaborado pelos participantes do 2º Círculo de Cultura.



Essa atividade na avaliação deles foi a melhor, e mais divertida forma de aprender. O desafio de planejar e apresentar uma dramatização de pouca duração foi bastante motivador e ao mesmo tempo marcado por várias dificuldades apresentadas pelos jovens, no que diz respeito à desenvoltura de encenar, mesmo com os fantoches. Mas, ao final da criação, percebeu-se o quanto foi prazeroso para eles, retratar nas dramatizações o contexto da realidade na qual estavam inseridos. Eles pediram para colocar música durante a apresentação, para ficar ainda mais real, e riram e se divertiram bastante, tanto os que assistiram quanto os que se apresentavam.

Na opinião dos jurados e deles também, o grupo dois foi melhor, os deixando muito felizes e satisfeitos. *Foi muito legal, e é porque nós não temos experiência, mas da próxima ainda vai ser melhor (U5). Foi muito divertido, enquanto estávamos aprendendo, estávamos dando muitas gargalhadas com a atuação dos colegas (U10).*

No estudo de Luna (2011), os meninos em situação de rua também realizaram a dramatização como forma de aprendizado para falarem sobre comportamento de risco e comportamento seguro frente às DST/aids. Para eles esta atividade foi motivadora, pois entre os adolescentes havia um que tinha experiência circense e estava acostumado com este tipo de criação, apresentando habilidades na construção de pequenas peças teatrais, fazendo com isto que o interesse e a criatividade dos colegas aumentassem, tornando a atividade bastante prazerosa, assim como foi para o grupo em estudo.

Para Freire (2011c), ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria. É preciso reinsistir em que não se pense que a prática educativa vivida com afetividade e alegria prescindia da formação científica séria e da clareza política dos educadores e educando. A prática educativa é tudo isso: afetividade, alegria, capacidade científica, domínio técnico a serviço da mudança ou, lamentavelmente, da permanência do hoje.

Nesse sentido, a turma avaliou o encontro com diversos sentimentos despertados naquele dia: *eu amei o dia de hoje, quando é o dia que a sra. vem, a gente acorda 5h da manhã* (U5); *foi muito legal mesmo* (U4). Todos os outros compartilharam desta mesma alegria.

Neste encontro, observou-se a participação ativa de quase todos os membros, somente U2 e U9, que interagiram pouco com os colegas, por conta da timidez. Outro ponto observado é que todos estavam com algumas dúvidas e nenhum dos participantes apresentou a iniciativa em responder aos colegas, deixando esta tarefa para a animadora.

O objetivo da atividade foi alcançado, onde nas dramatizações eles mostraram fielmente a vulnerabilidade em que os jovens usuários de drogas tem em relação ao HIV/aids, a partir da realidade vivida por eles. Foi possível despertar essa curiosidade da dúvida que alguns tinham durante a entrevista, que disseram que não existia a relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV, para que no círculo seguinte fosse possível ampliar essa discussão.

3º Círculo de Cultura - A relação da Aids com as drogas

O início de cada círculo era sempre marcado por conversas informais, em que perguntava-se como tinha sido o fim de semana deles, o tratamento, se alguém tinha saído ou entrado no tratamento da internação, como estavam se sentindo, e as suas expectativas quanto aos encontros. Esse momento era importante para continuar estabelecendo um vínculo de amizade e confiança com eles.

Após a conversa introdutória, iniciou-se o encontro com uma técnica que tem por finalidade mostrar aos participantes que todas as pessoas sexualmente ativas estão vulneráveis ao contágio de DST/aids e portanto tem que se prevenir, e demonstrar a rapidez que a aids e as DSTs podem ser propagadas, e como detê-las. Este exercício também ilustra os efeitos da pressão dos amigos.

A técnica consistiu em que cada pessoa recebia uma tira de papel e a instrução de que teria de recolher o máximo de assinaturas em 20 segundos. Em um dos papéis tinha um pequeno H e em outro um C, e, no entanto, ninguém foi avisado previamente disto. Em uma única tira de papel havia a seguinte informação NÃO RECOLHA E NEM DÊ ASSINATURA PARA NINGUÉM. Quando todos terminaram de pegar as assinaturas, a animadora pediu para que procurassem a pessoa que tinha um H em seu papel; este era o portador do HIV. A partir daí se formou a cadeia de contaminação. Só não se contaminou quem estava usando a camisinha representada pelo C, e aquela que tinha o papel de instrução de não recolher assinatura.

A vivência possibilitou alguns pontos de reflexão entre o grupo:

- Como se sentiu a pessoa “H”? *“Eu me senti triste, não gostei de ser o HIV não”* (U3).
- Como se sentiu a pessoa “C”? *Eu me senti, uma coisa assim, extraordinariamente incrível* (U5).
- Como se sentiu a pessoa que recebeu a tarjeta NÃO RECOLHA E NEM DÊ ASSINATURA PARA NINGUÉM? *Normal, eu não achei ruim em não participar, eu achei foi bom* (U6). Não participar de uma atividade da qual todos participam foi indiferente para U6. Este achado é muito diferente de todas as outras experiências que já foi realizada com esta mesma

dinâmica, em que a pessoa que era deixada de fora, ficava muito chateada, porque o jovem ele deseja se enturmar, fazer tudo o que todos fazem.

- O que sentiram ao descobrir que podiam ter sido contaminados? *“Eu me senti muito feliz em não ter assinado na tarjeta de U3, me senti aliviado (U7). Eu estou refletindo até agora que eu me contaminei rapidinho, confiei no amigo e assinei mesmo, da próxima vez vou ter mais cuidado (U8).*

Figura 7 – Os participantes colhendo as assinaturas durante a primeira dinâmica do 3º Círculo de Cultura.



Ao continuarmos a reflexão, foi solicitado aos participantes que pensassem em um conselho que daria para um amigo usuário de drogas para ele se prevenir do HIV. Cada participante pegou a tarjeta com um chocolate dentro, que estava embaixo de cada cadeira. Eles ficaram logo contentes, pois adoram chocolates. Enquanto degustavam o chocolate, foi dado um tempo de 10 minutos, para que pensassem e escrevessem o conselho.

U4 pediu para começar: *eu diria para o meu amigo se prevenir*; U5 continuou: *eu diria para ele tomar cuidado com essas mulheres da vida, e que ele se protegesse sempre*

usando camisinha; U3 prosseguiu: eu diria para ele parar de usar droga, e se fosse ter relação com alguém ser sempre com camisinha; U7 continuou: eu diria para ele ir para a igreja. Nesse momento todos riram e ficaram brincando com U7 dizendo: valeu irmão U7. U6, U8 e U9 deram continuidade: eu diria para ele não fazer sexo sem preservativo.

Os conselhos giraram em torno do uso do preservativo em todas as relações sexuais, e apenas um participante referiu que o amigo deveria parar de usar droga. Mesmo com o conteúdo já discutido, mas não aprofundado, percebeu-se que para eles a transmissão do vírus somente estava relacionada à via sexual. A percepção de que a droga, no caso do estudo, o *crack*, nem foi citado durante os conselhos, mesmo que nas entrevistas afirmaram existir relação usuários de drogas e infecção pelo HIV.

Figura 8 – Os participantes lendo os conselhos que dariam para um amigo usuário de drogas para ele se prevenir do HIV.



Para este momento de problematização, utilizou-se o processo de modelagem, para que os participantes fizessem esculturas baseadas no seguinte questionamento: o que você entende sobre as DST/aids e sua relação com as drogas?

Após pensarem por alguns minutos, começaram a modelar. Assim, foi possível explorar a criatividade dos participantes do grupo na produção de material lúdico, possibilitando no conhecimento da subjetividade estabelecer relação direta com a realidade. Os resultados foram: *um rapaz e uma moça, que estão tendo relação sexual, e depois eles irão usar droga. Existe na escultura também, um canudo, e um prato com o “pó” dentro, o que exemplifica o uso aspirado da cocaína* (U3). U5 modelou a relação sexual entre o casal que estava cercado pela dúvida, se usava ou não o preservativo, e acrescentou escrevendo na sua escultura: *esta dúvida de usar ou não a camisinha, é que o sujeito se torna vulnerável às DSTs*. U4 modelou um casal: *o rapaz fumando um “paraguaio” (baseado) e a mulher sem usar droga. Mas ela “sai” com ele e pega doenças transmitidas, porque não usam camisinha*. U6 também modelou um casal, em que o homem estava com um cachimbo na boca e a mulher estava chamando para fazer sexo com uma bolsinha na mão. Ele ainda escreveu na escultura: *drogas e DST sempre andam juntas*. U7 modelou um rapaz que chamou de Chico. *Ele já está contaminado pelo HIV, por isso que está fumando esse cachimbo grande e preto*.

Ao observar as falas, foi percebido que apenas um participante falou da relação entre as DST/aids e as drogas. Porém, a maioria falou de forma desarticulada, ora somente da droga e outra vez das DST, esta sempre enfocando o uso do preservativo, demonstrando não conhecerem como as drogas influenciam na infecção pelo HIV.

Luna (2011), em estudo com os meninos de rua, evidenciou que o fato de estar na rua significava vivenciar várias situações de medo constantemente, isto devido às várias formas de violência e à drogadição. Estas formas são acompanhadas pelas relações sexuais com múltiplos parceiros e desprotegidas, levando estes sujeitos a maior risco de infecção pelas DST/aids. Para eles, o HIV é somente mais um dos riscos que eles têm que enfrentar diariamente, e que a preocupação da doença ocorre quando conhecem que alguém do grupo está com a doença, chegando a excluir essa pessoa como medida de proteção. E que quando estavam sob o efeito de drogas, relataram ser incapazes de assumirem comportamento sexual responsável, assim como os jovens do nosso estudo.

Figuras 9 e 10 – Os participantes do 3º Círculo pensando e criando as suas esculturas.



Figuras 11 e 12 – Apresentação das esculturas em massa de modelar sobre a relação das DST/aids e as drogas, elaborado pelos participantes do 3º Círculo de Cultura.



Em continuidade ao processo de problematização, buscou-se motivar o grupo a participar do Jogo: Sexo, Drogas e Rock & Roll, com objetivo de chamar a atenção para a

influência do consumo de substâncias na adoção de comportamentos de risco. Desta forma, a animadora dividiu o grupo em duas equipes, e a cada rodada, cada equipe recebia uma afirmativa, que tinha que discutir e dizer se era verdadeira ou falsa, e apresentá-la para o outro grupo. Caso acertassem, ganhavam um ponto, caso errassem a outra equipe tinha a chance de tentar respondê-la. Ao final, somavam-se os pontos e procedia-se à reflexão sobre o assunto.

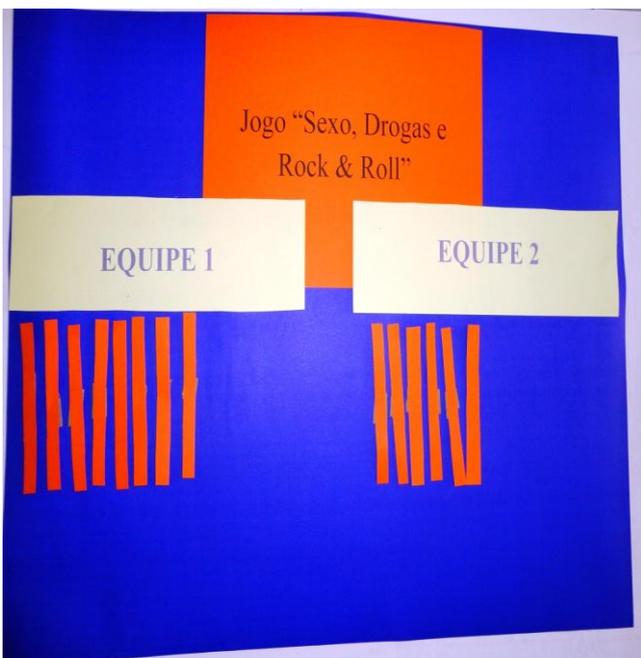
A lista era formada por 14 assertivas, e a sequência das afirmativas sorteadas foram: 1. O menino que bebe muito tem mais chances de falhar na hora H, ou seja, o álcool provoca o desejo, mas acaba o desempenho; 2. A maconha diminui a produção de testosterona, hormônio masculino, podendo provocar, temporariamente, a diminuição da produção de espermatozoides; 3. O álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas no Brasil; 4. A cocaína diminui o desejo e a excitação, uma vez que os usuários se interessam mais pela droga do que pelo sexo; 5. Nos primeiros meses de gestação, a mãe pode ingerir bebidas alcoólicas com tranquilidade que não afetará o seu bebê. O grupo 2 acertou dizendo que era falsa: *doutora, não pode a gestante beber é de jeito nenhum* (U6); 6. Os usuários de drogas muitas vezes têm feridas e rachaduras no nariz e na boca, o que pode facilitar a transmissão do vírus HIV. 7. Uma pessoa sob o efeito de qualquer droga dificilmente se disponibilizará a fazer uso do preservativo por ter a sua capacidade de julgamento e seus reflexos alterados; 8. A maioria dos usuários de *crack* é do sexo feminino; 9. O consumo de cocaína durante a gestação não ocasiona alterações nem no peso e nem na estatura do bebê; 10. O compartilhamento de agulhas e seringas entre o usuário de drogas injetáveis pode causar a contaminação da pessoa pelo HIV e hepatite B; 11. A curiosidade é um fator de risco para o uso de drogas; 12. Entre os usuários de cocaína/*crack* ocorre a contaminação pelo HIV e de outras DST, por estes somente terem um parceiro sexual e usarem regularmente a camisinha; 13. Pais que fazem uso de drogas, não são considerados um fator de risco para que os filhos venham a usar também. O grupo 2 acertou dizendo: *Meu pai usava droga também e isso influenciou muito para eu usar* (U7); 14. As causas de mortalidade externa, entre os usuários de *crack*, são o homicídio, overdose e afogamento. Entre as causas naturais, tem-se a Aids e a hepatite B. Os dois grupos foram muito bem, erraram somente uma afirmativa.

Durante a atividade foi possível perceber a dificuldade que a maioria do grupo tinha em ler, fazendo com que a animadora os pedisse para repetir o que tinham lido para ver se os outros conseguiam entender o que estava escrito nas tarjetas. Fato este que nos leva a

refletir sobre a dificuldade das ações educativas realizadas com grupos que tem limitações com relação ao nível educacional e com relação à memorização.

Ao final da atividade, realizou-se avaliação oral e alguns falaram o que tinha achado do grupo: *foi muito produtivo o dia de hoje, e ainda lhe digo mais, nós estamos sendo os internos mais felizes de 2012 (U5); eu gostei muito porque a senhora sempre traz coisa diferente para a gente aprender (U8); a gente fica ansioso por cada encontro, porque a gente sabe que vai ser bom, que sempre a gente aprende algo novo e compartilha com os colegas os mesmos problemas (U4).*

Figuras 13 e 14 – Imagens do Jogo “Sexo, Drogas e Rock e Roll”.



4º Círculo de Cultura - Conversando sério sobre a prevenção do HIV/AIDS

Para abordar sobre a prevenção do HIV/aids, é necessário conhecimento acerca do assunto, porém ao longo dos outros círculos, ficou evidenciado o pouco conhecimento do grupo com relação ao tema, o que motivou o planejamento do quarto círculo a partir do aprofundamento da doença. Neste dia, a sala estava bastante colorida, tinha dois álbuns seriado, cartazes, próteses penianas, material educativo para entregar a cada participante, preservativos e multimídia para apresentação de vídeo.

No primeiro momento, realizou-se técnica intitulada: o que sabemos sobre o HIV/aids? que objetivou levantar informações sobre aids conhecidas pelos jovens e informá-los corretamente sobre o que é aids, formas de transmissão e como se prevenir. A animadora pediu que os participantes formassem dois grupos; a seguir, distribuíram as 30 tiras de cartolina já preenchidas com as frases encontradas no Apêndice E, embaralhadas, e colocou o papel madeira no quadro para cada grupo. Estas tiras deveriam ser organizadas de acordo com as seguintes divisões: 1 (Pode-se pegar Aids), 2 (Formas de prevenção), 3 (Não se pega Aids) e assim construiu-se um painel de três partes. Quando os grupos terminaram, a animadora pediu para eles formarem um círculo, para que juntos fosse realizada a leitura quadro por quadro, corrigindo os erros e colando o que estivesse errado na coluna certa. Neste momento, percebeu-se maior envolvimento entre os jovens, sentimento de alegria e descontração, demonstrando maior intimidade entre si.

Em torno de dez minutos, os dois grupos já haviam terminado. E o interessante era observar a discussão entre eles a cada tarjeta, os argumentos que cada um dava para que colassem ali e não aqui, verificou-se o interesse deles em não errar, em ser a equipe campeã, para que pudessem ganhar a premiação.

Na proporção que se liam os quadros, aconteciam os esclarecimentos das dúvidas, e dos erros. No quadro Pode-se pegar Aids, o grupo 1 acertou todos os itens, o grupo 2, cometeu os seguintes erros, colocando tarjetas de outros quadros como: cuidando de pessoas contaminadas (não se pega aids); tomar injeções e vacinas, utilizando-se sempre de agulhas e seringas descartáveis (formas de prevenção); exigir teste no sangue doado para transfusões (formas de prevenção); na gravidez, parto e amamentação (pode-se pegar aids), eles colocaram no quadro formas de prevenção.

Nesse primeiro momento de leitura dos quadros, evidenciou-se que apesar dos diversos espaços de informação como mídia, escola, internet, pais e amigos, alguns desses jovens ainda não tinham familiaridade com o tema, com dúvidas sobre questões difundidas pelos meios de comunicação, mas que não chegavam até eles. Algumas perguntas foram emergindo ao passo que se lia esse primeiro quadro: o sexo anal é mais perigoso do que o sexo vaginal? Quer dizer que no leite materno tem o vírus do HIV, então a mãe não pode amamentar nenhuma vez? O sexo oral é mais difícil da pessoa pegar o HIV do que o sexo vaginal? Se a pessoa tiver só uma relação vaginal com uma mulher HIV, ele já pega também?

Esses questionamentos demonstram o quanto a problematização auxilia na descodificação pelo grupo, com a colaboração da animadora.

Seguindo a ordem em que a leitura foi realizada, o quadro Formas de prevenção foi o segundo a ser debatido. O grupo 1 acertou a maioria, e o grupo 2 errou duas alternativas, que havia colocado no quadro Pode-se pegar aids. Neste quadro, discutiu-se sobre a questão da doação de sangue e como é feita atualmente. Esse assunto foi levantado por U5, que ao ir ao banco de sangue fazer a doação, foi reprovado durante a entrevista, visto ser usuário de drogas.

No último quadro, Não se pega aids, foram colocadas 17 tarjetas, para este ponto, visto que muitas coisas que se sabem sobre a aids é mito, por isso inseriram-se os mais diversos assuntos que se encontram como mitos para serem analisados pelos jovens. O beijo foi algo questionado, que dependendo do beijo, se existia ferida na boca, o outro poderia pegar; a questão do inseto não transmitir o vírus foi bastante conversada com eles.

O grupo 1 foi o vitorioso, mas entregaram-se a todos os participantes um livrinho do Ministério da Saúde sobre direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais, que contempla desde o conhecimento do corpo da mulher e do homem, passando pelas DSTs e chegando aos métodos contraceptivos.

Figuras 15 e 16 – Imagens dos participantes completando o Jogo: o que sabemos sobre HIV/aids?



Para complementar esse primeiro momento, exibiu-se um vídeo educativo de cinco minutos sobre a prevenção e a transmissão da aids, porque eles pediam para trazer vídeo, visto que a imagem causa maior impacto na mente das pessoas do que somente as palavras, e os ajudam na questão da memorização, que estava um pouco prejudicada devido ao consumo de *crack*.

No segundo momento, utilizou-se a dinâmica intitulada: vestindo a camisinha. Esta teve por objetivo conhecer a camisinha e aprender a usá-la corretamente. Este momento foi de descontração e timidez por alguns participantes. Iniciou-se entregando preservativo para todos e questionando com eles os cuidados com o preservativo ainda na embalagem. Eles ficaram surpresos com a questão da validade da camisinha, pois revelaram nunca ter prestado atenção neste detalhe. Outra questão discutida foi onde guardar o preservativo em local adequado para que ele não se estrague. U5 contou que uma vez resolveu tirar da carteira o preservativo para guardar no seu armário, porque considerava que ali era um local mais arejado e a confusão com a namorada tinha sido grande por conta disso. A forma correta de abrir o preservativo era desconhecida por todos, revelaram que a maioria das vezes a parceira que abria e rasgava na boca. Ao passo que a animadora ia explicando, todos iam fazendo de forma bem alegre.

Após as primeiras discussões sobre a camisinha em si, foram convidados voluntariamente dois participantes para que colocassem o preservativo na prótese peniana. O primeiro participante foi U7, que revelou ser virgem durante as entrevistas. Ele colocou a camisinha de forma coerente com a sua inexperiência, não retirou o ar da ponta, não prendeu a camisinha até a base do pênis, e retirou de forma incorreta também. U5 mostrou-se experiente e colocou tudo de forma adequada. Em seguida, mostrou-se com um álbum o que ocorre dentro da mulher quando o preservativo é colocado de forma incorreta e da forma correta. Eles prestaram muita atenção e repetiram bastante para que não esquecessem.

Para promover o conhecimento do corpo e abordar sobre a prevenção das DST/aids de forma lúdica, levou-se um jogo bastante utilizado no Projeto AIDS: Educação e Prevenção, para estimular o autocuidado em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, e a busca por tratamento adequado para alguma DST nos serviços de saúde.

O jogo é estilo dominó, em que se dividiu o grupo em duas equipes e cada uma ficou com a metade das peças do dominó, ou seja, 15 peças, e cada peça do dominó tinha uma DST que ia encaixando até terminar.

Figuras 17 e 18 – Imagens dos participantes completando o Jogo estilo Dominó sobre o conhecimento do corpo e prevenção das DST/aids e apresentação em *power point* para complementar o jogo.



O jogo se inicia pela peça símbolo da aids, e daí segue pelo significado deste símbolo, depois pela definição do que é prevenção, adolescência, passando pelos órgãos masculinos: testículo e espermatozoide, depois pelos órgãos femininos: útero, ovários e óvulos, período fértil, definição e tipo de DST, sintomas, doenças oportunistas, prevenção e tratamento.

Durante o Jogo, explicou-se, com uma prótese feminina, onde era o clitóris, a uretra e a vagina da mulher, motivo de bastante curiosidade por parte dos jovens, principalmente aqueles que não tinham tido a oportunidade de ter relação sexual ainda. Mostrou-se, também, onde é produzido o espermatozoide e o caminho que ele percorre até sair pela uretra. O período fértil da mulher foi outra questão que eles fizeram muito empenho em aprender.

À medida que se discutia e formava o dominó, completava-se esse momento com apresentação em *power point* sobre as DST/HIV/aids, com questionamentos sobre temas já debatidos. A ideia de trazer a apresentação, por conta das imagens, foi solicitada por eles durante as entrevistas, visto que estas mostram realmente como se apresentam cada doença e facilita o aprendizado. Segundo eles, a imagem é importante porque é algo real, que fica gravado na mente deles, e faz com que fiquem mais preocupados em não contrair nenhuma das doenças apresentadas. A cada imagem de doença mostrada, perguntavam, pediam para aumentar, queriam ver sempre mais exemplos.

Barbosa (2010), em seu estudo com adolescentes, também fez a utilização deste mesmo jogo educativo como estratégia educacional em saúde para adolescentes na prevenção de DST/Aids, experiência exitosa por haver favorecido executar-se o fenômeno educativo mediante o consórcio entre informação, debate, reflexão, influência recíproca e participação grupal.

Na avaliação do círculo, foi possível perceber a mudança na visão acerca das DSTs e da aids, conforme relatos: *agora quando aparecer qualquer coisa em mim, principalmente na região genital, eu vou ao posto de saúde, porque a maioria dessas doenças têm tratamento e ainda é de graça (U5); se eu souber que um amigo meu tem o HIV, não vou ter mais medo dele, vou é ajudá-lo para que ele faça o tratamento direitinho, porque sei que não vou pegar sendo amigo dele (U6).*

U4 disse que o dia tinha sido produtivo, que tinha aprendido mais e que iria repassar para os outros colegas que não tiveram a oportunidade.

Evidenciou-se que abordar a temática HIV/aids para os jovens é muito complexo, principalmente porque é assunto sobre a intimidade deles. No entanto, procurou-se utilizar de artifícios dinâmicos e lúdicos, se aproximando da realidade deles, para que se sentissem à vontade e participassem de forma espontânea, sem medos e vergonhas dos companheiros, para que ao final todos construíssem conhecimentos de forma coletiva.

doutora, o que você está achando do nosso trabalho? Isso demonstrou a preocupação deles em poder contribuir com o estudo, visto que no convite, falou-se acerca da contribuição que este estudo faria para que outras pessoas pudessem trabalhar com outros grupos semelhantes e para que fossem desenvolvidas as atividades nas escolas, no sentido de prevenção ao uso de drogas com mais segurança e conhecimento.

Nos desenhos/gravuras criados, os jovens procuraram retratar não somente o que aprenderam sobre as DST/aids, como também a questão das drogas como facilitadora da contaminação pelo HIV, pois estava intrinsecamente relacionada a vida deles. No momento de exposição dos desenhos, o primeiro a terminar e colar o desenho no quadro foi U7, e o descreveu assim: *esta é uma mulher fumando um cigarro, a outra é uma figura de uma caipirinha que tem álcool, aí a pessoa quando bebe não sabe o que fazer, aí acaba fazendo besteira, porque ela está aqui nesta outra figura de uma festa, e depois o sexo sempre vem à tona, e as DST/aids se encontram neste contexto*; U2 explicou o seu desenho: *eu coleí três figuras, um casal fazendo sexo, depois um monte de tubinhos com sangue, que representa o teste do HIV que a pessoa que faz sexo sem preservativo deve fazer, e a terceira figura são vários corpos mortos, que é o resultado daquelas pessoas que não fazem o tratamento*.

Para U8 sua colagem significou: *aqui é um casal bebendo, e nessa outra foto é o mesmo casal depois de alguns meses, com a mulher grávida, no mesmo bar, o que não pode ela está bebendo, e ela deve ter engravidado naquele primeiro dia que estavam bebendo, e não devem ter usado preservativo; na outra foto uma mulher com dois parceiros, isso não pode também, porque corre um maior risco de pegar DSTs*.

Já U6 revelou que: *o namoro sem o uso de preservativo pode levar a você ter uma doença sexualmente transmissível; e aqui o drink, a bebida, que pode deixar você sem lucidez, que aí você pode fazer coisas sem pensar...; e aqui é uma festa, que você pode curtir, mas sempre levando no bolso um preservativo, para ficar despreocupado*.

U5 descreveu o desenho desta forma: *eu coleí a foto de um casal, e outra de um drink, e escrevi assim: como é fácil adquirir DST e aids. Estão um casal namorando e depois eles foram beber, porque a bebida esquenta tudo, e com certeza o sexo vem logo depois. E 99% deles não se protegem com camisinha e aí é que eles conseguem adquirir e transmitir DST e aids*.

U9 era tímido e quase não conseguiu descrever a sua gravura, mas com o apoio dos colegas, relatou-a assim: *colei duas fotos: um casal na sua festa de casamento e a outra da cerveja Itaipava, acho que tem tudo a ver, bebida combina com festa, que combina com DST se a pessoa não se prevenir.*

O grupo discorreu muito sobre a questão do uso do preservativo, enfocando somente a relação sexual como meio de se contaminar com o HIV; a questão do parceiro único; também referiu a aids como doença que deve ser feito o exame para diagnóstico, podendo ser mortal se não for tratada; e o uso de drogas, no caso a bebida, como facilitadora de atos irresponsáveis e de não uso do preservativo.

Para enriquecer este segundo momento, exibiu-se o vídeo *Rep da Prevenção*, que retrata através da música a importância da adoção de atitudes seguras frente às DSTs. Este vídeo serviu de aprendizado e inspiração para que eles pudessem realizar a atividade de construção de uma música, um poema ou uma paródia sobre prevenção das DST/aids em usuários de drogas.

Luna (2011), em seu estudo, também utilizou esse vídeo *Rep da Prevenção*, o qual foi bastante elogiado pelos adolescentes por causar neles muitos questionamentos e diálogos produtivos.

Nessa perspectiva, o grupo dividiu-se por afinidade, formando quatro equipes, duas com três participantes e duas com dois participantes. Foi concedido 40 minutos para execução da atividade. Nesse momento, a animadora tinha o papel de observadora, somente intervindo quando solicitada. Os grupos estavam bastante animados e concentrados na atividade.

Logo após a redação das paródias e *rep*, os participantes apresentaram o texto, constituindo momento de alegria e descontração, e um retorno aos momentos anteriores de aprendizagem.

Grupo 1 – Paródia

Aids te pego sem camisinha,

Aids te pego gatinha,

Na balada, umas biritas, sair, praticar sexo seguro,

Aids te pego sem camisinha,

Aids te pego gatinha,

(Paródia da música “Ai se eu te pego”, de autoria de Michel Teló)

O grupo 1 escolheu uma música sertaneja para realizar esta paródia. Esse ritmo tem sido um dos mais escutados no Estado do Ceará, caracterizando-se como importante questão cultural. A paródia elaborada pelos jovens tinha como embasamento um chamado para a reflexão acerca das festas e da facilidade do sexo sem camisinha após uma “biritas”.

Grupo 2 – Rep 1

Meu amigo ouça o que eu vou lhe falar

DST é uma doença fácil de evitar

É só usar a camisinha que você não vai pegar

Se você não usar, mal você vai ficar

Mas procure o tratamento para mais rápido se curar

Se você não procurar a morte te encontrará.

O grupo escolheu o ritmo do *rep* mostrado no vídeo. Fizeram durante a apresentação até os efeitos do som do *rep* na boca, tornando a apresentação divertida e muito dinâmica. Nesses trechos no *rep*, retrataram o conselho e a advertência que dariam a um amigo para que o mesmo não pegasse as DSTs, orientando a usar a camisinha, e se a pessoa não quiser usar, deveria procurar o serviço de saúde para saber se tinha a doença e em seguida realizar o tratamento.

Grupo 3 – Rep 2

DSTs são as doenças que vamos comentar

Nesse pequeno *rep* que vamos cantar

Primeiro passo é se diagnosticar

E indo ao posto de saúde para o exame começar

Desse jeito tudo vai melhorar

E a saúde você encontrará

Mas se você não se cuidar

Mal você vai ficar

1234

Também eu vou rimar sobre as drogas
 Drogas aqui e drogas nas escolas
 Isso não dá certo, isso é ilusão
 Tudo começa com uma simples cortiça
 Não se iluda meu amigo,
 Não se iluda meu irmão,
 Drogas é uma trágica ilusão
 Nunca use drogas, que tudo vai dar certo
 Procure à Jesus seu amigo concreto.

A dupla resolveu fazer esse *rep* no fim de semana após a atividade, que tinha sido em uma sexta-feira e entregaram na segunda-feira, por se sentirem mais inspirados. Nos trechos da apresentação, é possível perceber a riqueza dos detalhes que foi discutida durante os círculos, em que verifica a prevenção, a procura pelo diagnóstico e importância do tratamento. Outro ponto muito bem abordado foi o apelo do *rep* para as drogas, alerta para aqueles que ainda estão nas escolas e não provaram das drogas, para que não se iludam com esta simples cortiça.

Grupo 4 - Rep 3

Vamos apresentar formas simples e seguras de praticar o sexo e viver sua vida sexual sem DST e Aids, portanto você não pode ficar desinformado.

Agora fique atento a alguns sintomas de DST:

Corrimento, dor e ardência ao urinar,

Dor nas relações sexuais, coceiras,

Ardência nos órgãos genitais, verrugas

Agora vamos ver como se pega aids:

Nas relações sexuais, vaginais e anais sem proteção,

Por objetos contaminados, como agulhas,

Nas transfusões de sangue contaminado

A dupla focou o *rep* nos principais sinais e sintomas das DSTs e nas diferentes formas de contaminação do vírus HIV. Isto vem a complementar o que os outros grupos ainda não tinham falado ou cantado, mostrando assim as diferentes visões e aprendizados que cada um fez do mesmo assunto.

Figuras 20 e 21 – Os grupos cantando e fazendo som durante as apresentações das paródias e dos *reps*, elaborado durante o 5º Círculo de Cultura.



Para o terceiro momento foi criado bingo, chamado de Bingo das DSTs, o qual teve o objetivo de levantar informações sobre essas doenças. Para realização da atividade, foi entregue uma cartela do bingo e um lápis para cada participante. Cada cartela continha o nome de seis doenças, e quem preenchesse primeiro a sua cartela, era o vencedor.

O texto com a descrição dos os tipos de DSTs está descrito no Apêndice F. Esse texto foi recortado e colocado em uma caixa, em que se sorteavam cada definição, e a seguir eles tinham que adivinhar a doença descrita.

A cada acerto do grupo, era uma comemoração, e todas as doenças foram respondidas rapidamente pela maioria do grupo.

Por meio das atividades propostas durante este círculo, os jovens demonstraram a segurança do conhecimento sobre o sexo seguro através das músicas criadas e cantadas, revelando a necessidade do uso do preservativo como meio de prevenção das DST/aids e também que o parceiro único complementa essa relação sexual de forma mais protegida.

Diante dessas ações criativas e reflexivas, deve-se pensar na realização de pesquisas com participação ativa dos sujeitos, utilizando estratégias pedagógicas de enfermagem, que potencializem a investigação, bem como a implementação de orientações para o bem-estar humano por meio de técnicas e métodos diferentes.

Dessa forma, Costa e Vieira (2009) demonstraram ação educativa que teve a dança e/ou música como mediadora na abordagem de assuntos de interesses dos jovens, como: sexualidade, puberdade, prevenção de DST e HIV, permitindo assim que adolescentes redescobrissem a percepção do risco e da vulnerabilidade que se encontravam.

Importante compreender que “a educação é uma forma de cuidar e o cuidado é uma forma de educar” (RAMOS *et al.*, 2009). Assim, a educação que potencializa o cuidar deve estar incorporada à prática da enfermagem, pautada em prol da melhor qualidade de vida.

6º Círculo de Cultura - Síntese do que foi vivenciado

Este círculo foi pensado como o último encontro desta pesquisa, para tanto se procurou aproveitar o máximo que aquele momento iria proporcionar e encerrar com uma grande festa a pedido deles no encontro anterior.

No primeiro momento, solicitaram-se aos participantes que falassem espontaneamente sobre os encontros anteriores. Desta forma, U5 lembrou que se iniciou com a questão das drogas, do que eles conheciam, os sintomas, os motivos de usarem, as sensações boas e ruins, e o que se deve fazer para alcançar os mesmos objetivos que querem sem usar as drogas. No segundo encontro, lembraram principalmente dos vídeos e fantoches, e da relação do uso de drogas e a contaminação pelo HIV. No terceiro encontro, recordaram da atividade de modelagem. No quarto encontro, referiram ter adorado praticar a colocação do preservativo, de conhecer os cuidados e as formas certas de usá-lo, também lembraram da apresentação em *power point* das DSTs, do jogo dominó e do aprofundamento acerca de cada doença. No quinto encontro, a paródia que foi um momento de muita alegria e aprendizado, e o bingo também foi bastante estimulante na opinião dos jovens.

Após esses relatos, foi sugerido que cada jovem fizesse uma retrospectiva dos círculos através de uma pintura e ao final juntar-se-iam todas as telas em um só mural, ao passo que cada um iria explicando a sua obra. Para esta atividade, disponibilizaram-se telas próprias para pinturas, tintas, pincéis, *glitter*, canetinhas, lápis de cor e cola.

Após o tempo dado para construção das pinturas, solicitou-se aos jovens que descrevessem as “obras de arte” destes, explicitando o conhecimento adquirido. A seguir estão algumas das pinturas e as descrições. *Na minha pintura, coloquei todos nós, inclusive as professoras, o símbolo da aids, que é uma doença que agora eu tenho segurança para falar e para fazer o que é certo, e que durante a minha entrevista eu não sabia basicamente nada* (U7); *Aqui desenhei o símbolo da aids, a camisinha que sei tudo sobre ela, a busca ao posto de saúde para tratar qualquer DST, e que a seringa compartilhada entre os usuários de drogas injetáveis transmite sim o vírus HIV* (U2); *fiz bem simples o meu desenho, um homem e uma mulher e a camisinha sempre entre eles, no sentido da prevenção* (U4); *Aqui sou eu e minha namorada se prevenindo do vírus com a camisinha, coloquei também a seringa porque vimos a questão das drogas e dessa vulnerabilidade que nós temos por ter sido usuários, e o símbolo da aids* (U6); U5 diz ter feito uma pintura bastante criativa também: *em um lado da tela coloquei como se pega as DST, mostrando a seringa e o cachimbo contaminados, a mãe passando para o filho ainda na barriga dela e a relação sexual entre o casal, no outro lado coloquei como se prevenir das DST*.

Figura 22 – Jovens pintando as telas, durante o 6º Círculo de Cultura.



Figura 23 – Mural criado através das telas pintadas pelos jovens participantes do 6º Círculo de Cultura.



O método utilizado para investigação, como também para educação em saúde comprovou sua eficácia, pois não somente mudou o pensamento dos participantes a respeito da temática, como também os envolveu no processo de construção do conhecimento.

No momento posterior, questionaram-se os jovens como eles poderiam auxiliar na continuidade deste trabalho de prevenção do HIV/aids? U5 iniciou dizendo: *o que eu aprendi, eu já estou repassando para os colegas do internato, todos os dias quando eu volto dos nossos encontros*; U6 complementou: *eu já sabia algumas coisas, mas aprendi muito mais, e dessa forma vou contribuir ensinando outros colegas o que eu vi aqui, os alertando tanto das drogas quanto das DSTs e aids. Eu vou conversar com meus colegas que ainda usam drogas para que eles se previnam das DST, vou abrir os olhos deles quanto aos perigos que o crack também pode causar facilitando a transmissão do HIV, isso é muito sério e muito importante e precisa ser repassado* (U1).

Os outros participantes falaram de forma semelhante ao dizerem que irão fazer o trabalho de “formiguinha”, no sentido de conversar com os seus amigos na igreja, na escola e

na própria instituição, já que eles foram privilegiados por terem tido a oportunidade de participar destes encontros.

U4 ainda acrescentou: *depois do que aprendi aqui, não caio mais em conversa de mulher nenhuma, nem a minha parceira, se quiser ter relação comigo vai ter que ser com camisinha, isto agora é questão de respeito comigo mesmo.*

Para finalizar o encontro, colocou-se um chocolate enrolado em uma pergunta embaixo das cadeiras e pediu-se para que eles ao comerem o chocolate fossem refletindo o seguinte questionamento: quais estratégias educativas eles acham mais eficaz para que possamos trabalhar com os adolescentes nas escolas, a fim de que estes não venham a usar drogas? U2 pediu para iniciar: *além da informação sobre as drogas, que eu acho importante, o que choca mesmo é você mostrar o antes e o depois do uso da droga, de como a pessoa fica só a grade, porque se eu tivesse tido a oportunidade de ver isso antes, acho muito difícil eu ter usado*; durante a fala de U2, todos os outros concordaram com o seu discurso, como disse a fala de U9: *a gente num tinha essa imaginação de que um dia ficaríamos assim*. U7 complementa: *na escola eu não tive orientação, aliás lá fazem é oferecer droga.*

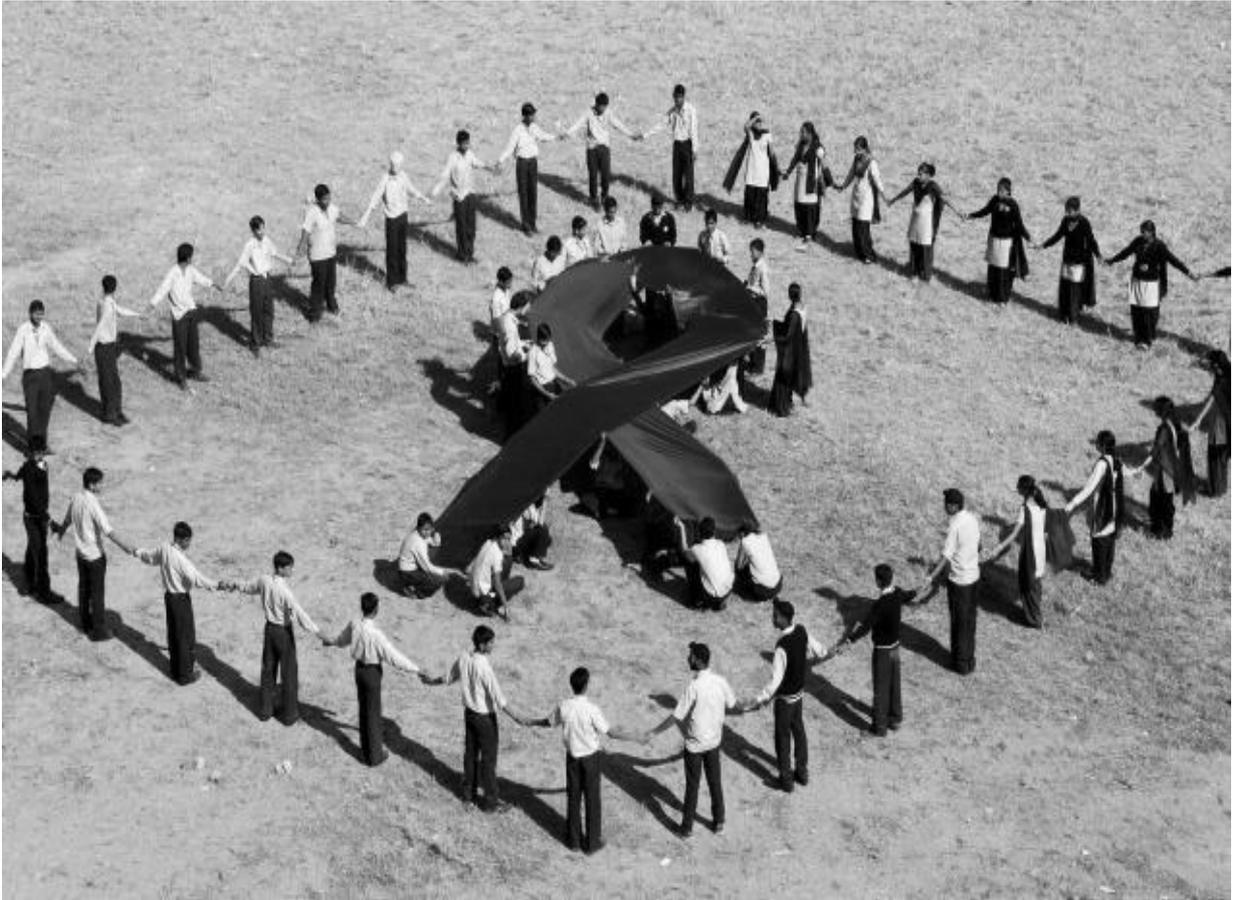
Para prevenção com adolescentes que ainda não tiveram contato com a droga, eles sugeriram as seguintes atividades: palestras educativas; grupos para falarmos sobre as drogas, com seus efeitos e consequências a curto e longo prazo, como a infecção pelas DSTs e aids por conta da perda da razão quando o indivíduo está sob efeito de droga; utilização dos jogos que foram realizados com eles, mas adaptados para aqueles que não usaram droga ainda, exibição dos vídeos mostrados durante estas oficinas; que essa metodologia dos fantoches deve ser colocada por ser muito eficaz e divertida; a questão do teatro deve ser incentivada; colocar um ex-adicto para dar o depoimento dele; iniciar as atividades na escola com os pré-adolescentes, a partir de 10 anos de idade; mostrar a verdade e a realidade; e chamar os pais desses adolescentes para participarem também dessas oficinas nas escolas.

Após esse momento, os jovens foram ensinando como se deve suspeitar durante as atividades nas escolas que um aluno é usuário de droga: o aluno é agressivo, inquieto, fica batendo a perna, não tem interesse pela atividade, não consegue lhe olhar nos olhos e sempre está de cabeça mais baixa.

Desta maneira, o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa (FREIRE, 2011b).

Assim, encerrou-se o início desta caminhada, porque apesar dos círculos terem chegado ao fim, observou-se pelas falas dos jovens durante todos os encontros, que foi possível favorecer no meio do contexto deles, um espaço crítico e reflexivo acerca das DSTs /aids, com bases nas necessidades individuais e coletivas apresentadas pelo grupo.

Ao final, fez-se uma festa de encerramento e mostrou-se um vídeo de agradecimento a eles por todos os momentos, pelo aprendizado e pela troca de experiências realizadas. No vídeo, mostraram-se fotos de todos os encontros, momento de muita emoção, alegria e carinho.



Considerações finais

7 Considerações Finais

A realização deste estudo permitiu desenvolver estratégias de educação em saúde, como também a construção de um novo conhecimento acerca da prevenção do HIV/aids com jovens usuários de cocaína/*crack*. Assim como ensinar e apreender com os jovens sobre a prevenção da aids no contexto da drogadição, especialmente no período de tratamento, espaço mais oportuno e adequado para o aprendizado.

Neste estudo, optou-se por utilizar o método de Paulo Freire, metodologia que prioriza a autonomia dos sujeitos, a consciência crítica, a participação e a problematização da realidade vivenciada, da qual promoveu nos adolescentes reflexões críticas acerca dos seus comportamentos frente às DST/aids.

Nesse contexto, este estudo se propôs a promover espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção do HIV/aids junto aos jovens usuários de cocaína/*crack*, por meio dos Círculos de Cultura. Foram realizados seis círculos, que se construíram dos seguintes momentos: o conhecer do universo individual e coletivo, seleção dos temas, dinâmicas de sensibilização e problematização, reflexão teórico-prática, construção coletiva do conhecimento e avaliação de cada círculo.

Além do método do educador Paulo Freire, este estudo requereu outras técnicas e instrumentos de coleta de dados, tais como: entrevista, observação-participante, registros em fotos, gravador e diário de campo, as quais facilitaram a apreensão e organização dos dados, de acordo com cada círculo, seguidos de descrição.

Na realização de cada círculo, evidenciou-se:

- A identificação dos conhecimentos prévios, das expectativas e vivências dos jovens usuários de drogas já no primeiro círculo, foi necessária para que se estabelecesse maior proximidade com os jovens e descobrisse os temas que seriam trabalhados nos próximos encontros que atendessem aos interesses e necessidades do grupo;
- Que o fato de as discussões do grupo iniciarem-se pela vivência deles, ou seja, pelo tema das drogas, potencializou-se o protagonismo juvenil, que continuou durante todos os círculos;

- No início dos círculos, os jovens demonstraram conhecimento incipiente e desarticulado com predominância de mitos, acerca da prevenção das DST/aids, contudo ao decorrer das atividades conseguiram apreender maiores conhecimentos acerca desta temática, o que os impulsionou e os motivou a estarem conversando com outros jovens sobre o que aprenderam;
- Os jovens relataram nunca terem feito uso de drogas injetáveis, porém reconheceram que mesmo assim, se consideram vulneráveis às DST/aids, visto que o compartilhamento de canudos e cachimbos para o uso da cocaína e *crack*, respectivamente, e a perda da consciência ou do julgamento podem ter favorecido ao não uso do preservativo durante as relações sexuais, e à multiplicidade de parceiros;
- Que o uso de drogas lícitas e ilícitas está diretamente relacionado com a infecção pelo HIV, e os comportamentos de risco mais frequentes foram o elevado número de parceiras, as relações sexuais desprotegidas e o sexo comercial por droga ou por dinheiro para comprá-la. Porém durante as entrevistas, muitos ainda acreditavam que não existia esta relação droga *versus* HIV, demonstrando tomada de consciência ao longo dos círculos;
- Que os jovens do sexo masculino são a maioria dos usuários de drogas e constituem os principais disseminadores do HIV, seja por compartilhar cocaína injetável, seja por se prostituírem para conseguir a droga, ou simplesmente por não adotarem o sexo seguro e ainda influenciarem as parceiras a iniciar o uso de drogas;
- A maioria dos jovens do estudo consumiram vários tipos de drogas ao longo de suas vidas, sempre seguindo em uma crescente iniciada pelo álcool ou tabaco e indo até o *crack*, considerada por eles a droga mais potente e devastadora;
- Que os amigos desses jovens, foram os principais fatores de risco para que estes viessem a experimentar as drogas, entendendo que o indivíduo está inserido em um grande contexto que contém fatores de proteção e de risco ao mesmo tempo, não podendo assim, justificar a causa somente em um fator;
- Que as festas, as “raves”, são lugares bastante propícios para o início do uso de drogas, porém casas abandonadas, escolas, e casas dos amigos, também foram incluídas como opções para o consumo de drogas;
- Que a religião é um ponto importante para que jovens decidam parar de usar as drogas e iniciem o tratamento contra dependência;
- O círculo como espaço de diálogo e participação situou os jovens como protagonistas nas discussões, desencadeando uma interlocução dos saberes de cada participante, a partir de

suas experiências, sua cultura, sua religião e crença e seu modo de ver e se relacionar no mundo.

- Que o uso de diversas atividades lúdicas como a pintura, a dramatização, a modelagem, os próprios jogos e dominós utilizados, e os vídeos exibidos, tudo isso facilitou o processo de “tomada de decisão” proporcionado pelo desenvolvimento do pensamento crítico, favorecendo uma visão ampliada da realidade na qual estão inseridos;
- Que a elaboração de painéis e quadros propiciaram o registro e a visualização de palavras, ideias e pensamentos, considerados relevantes apreensões das discussões que alimentaram os Círculos de Cultura;
- Que o enfermeiro ao utilizar dinâmicas criativas e ativas ao longo do processo de ensino e aprendizagem, possibilita aos sujeitos reflexões sobre a busca por soluções para as situações-problemas vivenciadas, de forma reflexiva e interativa.
- O processo de avaliação levou os participantes envolvidos a uma continuada apreciação das vivências e conhecimentos gerados, evidenciando os limites e possibilidades que reorientaram a condução dos círculos subsequentes.

As evidências apresentadas foram apreendidas nos Círculos de Cultura que, de acordo com Paulo Freire, estes possibilitam diálogo, liberdade de expressão, autonomia para o indivíduo realizar suas escolhas, favorecendo o *empowerment* dos sujeitos que escrevem a sua própria história.

É importante salientar que os momentos que antecederam os círculos, foram marcados pela observação-participante, a qual possibilitou a pesquisadora vivenciar as ações dos sujeitos em seu ambiente de convívio, e pela entrevista individualizada, que permitiu contato mais próximo e de confiança entre o pesquisador e pesquisados, tornando esta relação mais fortalecida com a efetivação dos círculos, além de trazer informações prévias sobre os sujeitos.

O processo educativo despertou nos jovens o interesse e a necessidade de conversar com seus pares acerca da problemática que envolvia as DST/aids e as drogas, confirmando que o círculo possibilita a reflexão e a transformação do sujeito e do meio no qual ele está inserido.

Após a finalização dos círculos com os sujeitos da pesquisa, a animadora realizou quatro oficinas sobre diversas temáticas, relacionadas às DST/aids e as drogas, com todos os

internos e com o grupo do ambulatório, no sentido de fornecer um *feedback* à instituição que a acolheu e lhe deu a oportunidade de realizar este trabalho.

O jovem usuário de cocaína/*crack* e seu contexto social devem ser visto como um problema de saúde pública de primeira ordem, e que medidas urgentes são necessárias para protegê-lo dos efeitos desta droga tão devastadora. As políticas públicas devem considerar que: a dependência de qualquer droga é uma doença crônica e que necessita de um tratamento com múltiplos recursos e de longo prazo; que além do tratamento, a reinserção social de longo prazo é necessária; e que a participação do setor de autoajuda (Narcóticos Anônimos [NA], grupos familiares, organizações comunitárias e religiosas) deveria fazer parte da organização dessas políticas.

O estudo traz contribuições importantes para o conhecimento científico e da prática da Enfermagem, uma vez que a temática referente às drogas ainda não foi o foco de estudo destes profissionais de forma integral, evidenciando, conseqüentemente, a superficialidade ou as experiências pontuais, e que nesta pesquisa identificamos as reais situações de risco e de vulnerabilidade que se encontram estes jovens, mostramos diversas atividades de educação em saúde desenvolvidas com eles e para eles que facilitaram o processo de tomada de consciência acerca das DST/aids nesta população específica, e que com a ajuda dos participantes, traçou-se uma proposta educativa para ser utilizada com outros adolescentes ou crianças que estão em escolas e que ainda não tiveram contato com as drogas, ou seja, um trabalho preventivo, criado junto com pessoas que já estão do outro lado do processo, na fase de tratamento, mas reconhecem a gravidade do problema e que com certeza desejariam ter tido esta oportunidade ainda na infância, que iremos dar para as crianças e adolescentes que ainda estão nas escolas.

Diante do exposto, é preciso que enfermeiros, como promotores da saúde de jovens, devem se aproximar da realidade deles, possibilitando discursos de assuntos que muitas vezes, não são reconhecidos pelos jovens como importantes, no sentido de construir a autonomia adequada para a promoção da saúde.

Ao final desta caminhada gratificante, reafirma-se que o método de Paulo Freire é eficaz para o exercício de uma prática educativa crítica e reflexiva, pois possibilita o encontro do educador/educando no contexto cultural desses sujeitos, permitindo o planejamento de métodos de intervenção que se adéquem ao contexto de vida dos participantes.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde na família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ARAÚJO, R. R. D. F. **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em Hanseníase**. 2005. 144f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.
- ARAÚJO, T. M.; VIEIRA, N. F. C.; ARAÚJO, M. F. M.; PINHEIRO, P. N. C. Abordagem grupal na prevenção de AIDS: análise do conhecimento de jovens em Fortaleza. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, p. 77-85, 2010.
- AZEVEDO, R. C. S.; BOTEGA, N. J.; GUIMARAES, L. A. M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 29, n. 1, p. 26-30, 2007.
- AZEVEDO, R. C. S.; MORAES, M. J. HIV/aids e doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 4, p. 57-73.
- AYRES, J.R.C.M. *et al.* Calazans. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec, 2006. p. 375-471.
- BASTABLE, S. B. Panorama da Educação em Saúde no Cuidado em Saúde. In: _____. BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 1, p. 25-45.
- BARBOSA, S. M.; DIAS, F. L. A.; PINHEIRO, A. K. B.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F.C. Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DSTs. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, p. 337-341, 2010.
- BESERRA, E. P. **Educação ambiental como espaço de atuação do enfermeiro**. 2009. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.
- BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T. Ação educativa do enfermeiro na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v. 12, p. 522-528, 2008.
- BOEHS, A. E. *et al.* A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.
- BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 32. ed. São Paulo: Brasiliense, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS**. Brasília-DF, ANO VII, nº 1, Jan a Jun/ a. p. 10, 2012.

BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução nº196/96 sobre pesquisa em seres humanos**. 2. ed. Brasília, DF, 2003.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília, SENAD, 2009.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3.ed. Brasília, DF, 2010a.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010b.

_____. **Decreto nº 7.179/2010**, de 20 de maio de 2010c.

_____. **Lei nº 10.216 / 2001**, de 06 de abril de 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BRITO, M. E. M. *et al* . Educação em saúde com pré-adolescentes de uma escola pública no município de fortaleza-ce. **Dst. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 3-4, p. 190-195, 2008.

CAMPOS, G. W. S. *et al*. **Tratado de Saúde Coletiva**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CARLINI, E. L. A. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID, 2010.

CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, v. 64, n. 9, p. 857-866, 2009.

CAVALCANTE, M. B. P. T.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery**, v. 12, n. 3, p. 555-559, 2008.

CESARINO, C. B. **Eficácia da educação conscientizadora no tratamento da Hipertensão Arterial**. 2000. 120f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2000.

COOK, J. A. *et al.* Crack cocaine, disease progression, and mortality in a multi-center cohort of HIV-1 positive women. **Aids**, v. 22, n. 11, p. 1355-1363, 2008.

COSTA, S. F. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas nos Atendimentos à Dependência Química. **Serviço Social em Revista**, v. 3, n. 2, p.1-14, 2009.

COSTA, A. G. M.; VIEIRA, N. F. C. Estratégia de Promoção da Saúde pela Dança (EPSD) com adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Física, Esporte, Lazer e Dança**, v.4, n.2, p.62-74, 2009.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. **Crack**. Uma abordagem multidisciplinar. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. Cap.2, p. 40-58.

DAMASCENO, C. F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de Diabetes Mellitus adulto (DM2) e profissionais**. 2003, 104f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Adolescente/Adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev Rene**, v. 10, n. 2, p. 131-140, 2009.

DIAS, A. C. *et al.* Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n. 1, p. 273-278, 2011.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. Cap.11, p. 215-233.

DUAILIBI, S.; RIBEIRO, M. Enfermaria Especializada. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.39, p. 540-547.

FACUNDO, F. R. G. **Fatores de risco e o significado do consumo de drogas em adolescentes e jovens marginais de bandos juvenis**. 2007. 184f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.

FRACASSO, L.; LANDRE, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.34, p. 503-513.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. 2. reimpr. São Paulo: Moraes, 2008a.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008b.

FREIRE, A. M. A. **Pedagogia da Esperança**. Um reencontro com a pedagogia do oprimido. 17. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011a.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011b.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011c.

FREIRE, A. M. A voz da esposa. A trajetória de Paulo Freire. In: _____. GADOTTI, M. (Org.). **Paulo Freire uma Biobibliografia**. 3. ed. Brasília, DF, 2001. cap. 1, p. 27-67.

GADOTTI, M. A voz do biógrafo brasileiro: a prática à cultura do sonho. In: _____. GADOTTI, M. **Paulo Freire uma Biobibliografia**. 3. ed. Brasília, DF, 2001.

GALDURÓZ, J. C. F. *et al.* V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004. São Paulo: CEBRID, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. 13. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

GOVERNMENT, H. M. **Drug strategy 2010: reducing demand, restricting supply, building recovery: supporting people to live a drug free life**. London: Home Office, 2010.

GURGEL, M. G. I. *et al.* Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção de gravidez na adolescência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 640-646, 2010.

HACKER, M. A. V. B. *et al.* The Role of “Long-Term” and “New” Injectors in a Declining HIV/AIDS Epidemic in Rio de Janeiro, Brazil. **Substance Use and Misuse**, v. 40, n.1, p. 99-123, 2005.

HACKER, M. A. V. B. *et al.* Reconstructing the AIDS epidemic among injection drug users in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.22, n. 4, p. 751-760, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**. 2006, 296f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Incorporação teórico-conceitual e metodológica do educador Paulo Freire na pesquisa. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 416-420, 2010.

INCIARD, J. A. *et al.* Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 38, n. 3, p. 305-310, 2006.

KENDALL, S.; RODGER, J.; PALMER, R. **Redesigning provision for families with multiple problems**: early impact and evidence of local approaches. Departmente for Education, 2010. (Research Reported DFE-RR046).

LABONTE, R.; FEATHER, J.; HILLS, M. A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation. **Health Education Research**, v.14, n.1, p. 39-50, 1999.

LABONTE, R. **Health promotion and empowerment**: practice frameworks. Ed. Centre for Helath Promotion, Toronto, vii, 92p, 1993.

LARANJEIRA, R.; ZALESKI, M. Políticas Públicas. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 47, p. 633-651.

LARANJEIRA, R.; ELBREDER, M. F.; PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Moradia assistida para dependentes químicos. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.35, p. 514-520.

LIMA, L. O. Método de Paulo Freire: processo de aceleração de alfabetização de adultos. In:_____. **Tecnologia, educação e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 175-176.

LUNA, I. T. **Educação em saúde com adolescentes em situação de rua visando à prevenção das DST/AIDS**. 2011. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011.

MACHADO, L. R. C. **Modo de vida de portadores de hipertensão arterial sistêmica assistidos em uma unidade de saúde da família: dialética do subjetivo e objetivo**. 2006. 243f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

MACHADO, N. G.; MOURA, E. R. F.; CONCEIÇÃO, M. A. V.; GUEDES, T. G. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 2, p. 284-290, 2010.

MARTINS, A. K. L. **Círculos de Cultura em Saúde Mental: perspectivas de equipes da Estratégia de Saúde Família**. 2009. 156p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2009.

MEYER, D. E. E. *et al.*“Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M. **(Re) construção de ações de educação em saúde a partir de círculos de cultura:** experiência participativa com enfermeiras do PSF do Recife-PE. 2007. 179f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2007.

NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z. V. D. M.; RIBEIRO, L. A. Troca de sexo por *Crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.41, p. 566-576.

NAPPO, A. S.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. G. D. Crack, AIDS, and Women in Sao Paulo, Brazil. **Substance Use & Misuse**, n. 46, p. 476-485, 2011.

NOGUEIRA, A. G. F. **Círculo de Cultura com adolescentes pertencentes a grupos religiosos e a prevenção do HIV/AIDS**. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2010.

OBEL, N.; OMLAND, L. H.; KRONBORG, G.; LARSEN, C. S. *et al*. Impact os non-HIV and HIV risk factors on survival in HIV-infected patients on HAART: a population-based nationwide cohort study. **Plos ONE.**, v. 6, n. 7, p. 226-298, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Trabajo Decente y Juventude en América: avance febrero 2010.Oficina Regional para América Latina y el Caribe [Internet]. OIT, 2010. Disponível em: <http://www.oit.org.mx/pdf/noticias/TDJ%20Avance%20con%20anexos.pdf>. Acesso em: 15 abr 2010.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc Anna Nery.**, v. 11, n. 4, p. 625-31, 2007.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008a .

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p.664-671, 2008b.

PECHANSKY, F. *et al*. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1651-1660, 2004.

PENNA, L.H.G.; CARINHANHA, J. I.; LEITE, L. C. A prática educativa de profissionais cuidadores em abrigos: enfrentando a violência vivida por mulheres adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 981-987, 2009.

PERRENOUD, L.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de *crack* no Brasil e no mundo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.1, p. 34-38.

PERUZZO, C. M. K. Observação participante e pesquisa-ação. In: _____. DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 125-145.

RATTO, L. R. C.; PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Hospital-Dia. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.38, p. 535-539.

RAMOS, F. R. S. et al. Trabalho, educação e política em seus nexos na produção bibliográfica sobre o cuidado. **Texto Contexto Enferm.**,v.18, n.2, p.361-368, 2009.

RIBEIRO, M.; PERRENOUD, L. O. Ambulatório Especializado. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.35, p. 514-520.

RIBEIRO, M. *et al.* O. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012a. Cap.2, p. 39-49.

RIBEIRO, M. *et al.* O. Farmacologia do Consumo de Crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012b. Cap.8, p. 116-142.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Política de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 3. Ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. Cap.12, p. 238-250.

SILVA, E. D. S.; VASCONCELOS, E. V.; PADILHA, M. I. C. S.; MARTINI, J. G.; et al. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Esc Anna Nery.**, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: _____. PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Orgs.). **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2009. cap. 1. p.31-44.

SILVA, K. L. *et al.* Reflexões acerca do abuso de drogas e da violência na adolescência. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 605-610, 2010.

SOUSA, L. B. *et al.* Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55-60, 2010.

STRATHDEE, S. A. *et al.* HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. **Lancet**, v. 376, n. 9737, p. 268-284, 2010.

STRATHDEE, S. A.; STOCKMAN, J. K.; Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users:current trends and implications for interventions. **Curr HIV/AIDS Rep**, v. 7, n. 2, p. 99-106, 2010.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TORRES, C. A. **Enfermeiros no cenário escolar: ações e desafios para a promoção da saúde do adolescente.** 2009. 110f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

VARGAS, A.; ROCHA, H. V.; FREIRE, F. M. P. Promídia: produção de vídeos digitais no contexto educacional. **Novas Tecnol Educ.**, v. 5, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.cited.ufrgs.br/ciclo10/artigos/1bAriel.pdf>. Acesso em: 20 out.2012.

VIEIRA, M. R. R. **O processo de trabalho do enfermeiro em unidades pediátricas em um hospital de ensino: implantação de um programa educativo.** 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2007.

WALLERSTEIN, N.; SANCHEZ, M. V. Freirian praxis in health education: research results from na adolescent prevention program. **Health Education and Research**, v. 9, n. 1, p.105-118, 1994.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. **Health Education Quartely**, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1998.

ZANATTA, E. A. Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida. 2006. 163f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Perfil do participante

Nome:

Idade:

Sexo:

Naturalidade:

Procedência:

Estado Civil:

Mora com: () pai e mãe () pai () mãe () outros parentes _____

Grau de escolaridade:

- Quantos anos você tinha quando começou a usar droga?
- A primeira vez que você usou cocaína/*crack*, qual via você utilizou? Fumada, aspirada ou injetada? Onde você usou? Com quem estava? Quem comprou a droga?
- Quais as drogas utilizadas por você ao longo da vida e por quanto tempo?
- Atualmente você está fazendo tratamento para uso de drogas? Se sim, qual o tipo? Ambulatorial, internamento, outro.
- Há quanto tempo você está sem utilizar droga? _____
- Atualmente você tem emprego? Qual era a sua ocupação?
- Você tem filhos? Quantos?
- Você tem algum parceiro/parceira regular/estável?
- Sua namorada/esposa atual usa/usava cocaína/*crack*?
- Você já teve relação com alguém que utilizava cocaína/*crack*?
- Você já compartilhou seringa com alguém?
- Você já teve relação com alguém por dinheiro ou por troca de drogas? Você usou camisinha?
- Você já fez algum tratamento para DST?

Questões norteadoras:

- 1- O que você sabe sobre o HIV/aids?
- 2- Como você pode pegar o HIV/aids?
- 3- Como você pode evitar a infecção pelo HIV/aids?
- 4- Em sua opinião, existe alguma relação entre ser usuário de drogas e a infecção pelo HIV?
- 5- Que situações vivenciadas por você poderiam facilitar a infecção pelo HIV?
- 6- Como você gostaria que a enfermeira trabalhasse a prevenção das DST/HIV/aids?

APÊNDICE B - Diário de Campo

Integração entre os participantes do grupo

Comunicação não-verbal

Participação dos jovens no grupo

APÊNDICE C - Descrição das Ações Educativas nos Círculos

	Momentos	Material Necessário								
<p>1º Círculo de Cultura</p> <p>Conhecendo o viver dos jovens com as drogas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1º: dinâmica de apresentação. Peça aos participantes para preencher o formulário e em seguida peça para trocarem os formulários. Cada participante deverá fazer a apresentação do outro participante. 2º:Explicitação dos objetivos dos Círculos; 3º: Escreva um motivo que levou você a usar droga. Construção de um painel. 4º:Problematização: Oficina: Por que os jovens usam drogas? Os adolescentes listam diversas razões e depois, investigam-se quais outros recursos podiam ser utilizados para atingir os mesmos objetivos. Continuação da construção do painel. 5º:Pedir aos participantes para desenharem quais as sensações/efeitos que eles sentiam quando estavam usando drogas? Colocar os desenhos junto ao painel grande. 6º: Avaliação: O que acharam deste primeiro momento? Oral. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel A4; Formulário: Nome; Apelido; Idade; Estado Civil; Um esporte; Um lazer; Uma qualidade e Um defeito. Canetinha; Lápis de cor; Papel madeira; Cola; Fita gomada; Cortar as tarjetas para entregar a cada um, para escrever o motivo, cada um vai falando e colocando no painel. Após esta etapa, tem-se a oficina, onde eles irão listar verbalmente os motivos pelos quais os jovens utilizam drogas, e depois quais recursos poderiam ser utilizados p/ atingir os mesmos objetivos, e a facilitadora vai anotando e ajudando a construir um painel. <table border="1" data-bbox="949 873 1508 1025"> <thead> <tr> <th>Motivo dos usuários</th> <th>Desenhos das Sensações das drogas</th> <th>Por que os jovens usam drogas?</th> <th>Outros recursos.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> O objetivo da oficina é explorar os recursos dos jovens para enfrentarem suas dificuldades e não usarem drogas. No último momento, entregar folhas de papel e canetinhas e lápis de cor, para confecção dos desenhos que serão colados num super painel. 	Motivo dos usuários	Desenhos das Sensações das drogas	Por que os jovens usam drogas?	Outros recursos.				
Motivo dos usuários	Desenhos das Sensações das drogas	Por que os jovens usam drogas?	Outros recursos.							
<p>2º Círculo de Cultura</p> <p>Vulnerabilidade dos jovens ao HIV/AIDS enquanto usuário de drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1º: vídeo sobre o efeito do <i>crack</i> no organismo. 2º: vídeo sobre o que é o HIV/AIDS? 3º: Após as apresentações fazer uma roda de conversa, perguntando o que eles acharam dos vídeos e sobre o que estes falavam, e suas dúvidas. 4º: Com base nas discussões dos vídeos fazer uma Dramatização: dividir o grupo em 2 equipes, e 2 participantes seriam os jurados. A primeira situação: uso de drogas e a contaminação pelo HIV; A segunda situação: o uso de drogas e a não contaminação pelo HIV. Ao final decidimos qual a melhor apresentação. Discussão. 5º: Avaliação escrita. 	<ul style="list-style-type: none"> 02 vídeos educativos; 06 fantoches para a dramatização; Preservativos; Brinde; 								
<p>3º Círculo de Cultura</p> <p>A relação da AIDS com as drogas</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1º: aplicação da dinâmica, busca das assinaturas. Técnica acerca da transmissibilidade do HIV. 2º:pedir aos participantes que pensassem num conselho que daria para um amigo usuário de drogas para ele se prevenir do HIV. 3º:Problematização: através do processo de modelagem, fazer 	<ul style="list-style-type: none"> Papel A4; Objetivo do 1º: Perceber que todas as pessoas sexualmente ativas estão vulneráveis ao contágio de DST/aids e portanto tem que se prevenir e demonstrar a rapidez que a aids e as DSTs podem ser propagadas, e como detê-las. Este exercício também ilustra, os efeitos da pressão dos amigos. Objetivo chamar a atenção para a influência do 								

	<p>esculturas baseadas no seguinte questionamento: O que você entende sobre as DST/AIDS e sua relação com as drogas? Após a confecção das esculturas/desenhos, os jovens narram estes, explicitando sua percepção sobre o tema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4º: Aplicação da atividade: JOGO: Sexo, Drogas e Rock e Roll; • 5º: Avaliação: Reflexão sobre o assunto. 	<p>consumo de substâncias na adoção de comportamentos de risco. Desta forma, foi proposto o Jogo “Sexo, Drogas e Rock & Roll”, onde a facilitadora pedia que se formassem duas equipes. A cada rodada do jogo, cada equipe recebia uma afirmativa, que tinha que discutir e apresentá-la para o outro grupo. Caso acertassem, ganhavam um ponto, caso errassem a outra equipe tinha a chance de tentar respondê-la. Ao final, somavam-se os pontos e faziam uma reflexão sobre o assunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lista de assertivas; • Brinde;
<p>4º Círculo de Cultura</p> <p>Conversando sério sobre a prevenção do HIV/AIDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1º: O que sabemos sobre o HIV/AIDS? Formam-se três grupos: grupo 1 (Formas de transmissão), 2 (Pode-se pegar AIDS), 3 (Não se pega AIDS) e assim constrói-se um painel de 3 partes, ganha quem acertar mais. • 2º: Vídeo educativo: sobre a prevenção, e discussão em seguida. • 3º: Vestindo a camisinha: objetivo de conhecer a camisinha e aprender a usá-la corretamente; • 4º: Jogo estilo dominó, sobre o conhecimento do corpo e prevenção das DST/aids. • 5º: Avaliação: cada um fala uma palavra de como está saindo hoje . 	<ul style="list-style-type: none"> • Álbum seriado, próteses masculina e feminina; • Folhas de papel madeira e cartolinas; • Vídeo educativo; • Brinde; • Dominó de 30 peças;
<p>5º Círculo de Cultura</p> <p>O que aprendemos sobre AIDS?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1º: Acolhimento: Solicitamos aos participantes para desenharem ou recortarem das revistas, imagens que retratassem para eles as DST/AIDS. • 2º: Problematização: passar o vídeo Rap da prevenção para estimular a criatividade! Oficina: Construção de uma música, um poema ou paródia sobre prevenção das DST/AIDS em usuários de drogas. Dividir o grupo em 2 ou 3 equipes. • 3º: Apresentação dos grupos; • 4º: Bingo das DST/AIDS; • 5º: Avaliação: oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papéis; • Revistas; • Cola; • Canetinhas; • Lápis de cor; • Tesouras; • Lápis; • Cartelas do Bingo; • Brinde; • Vídeo educativo;
<p>6º Círculo de Cultura</p> <p>Síntese do que foi vivenciado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1º: Acolhimento: individualmente, cada jovem irá fazer uma retrospectiva dos Círculos através de uma pintura com tinta, e depois juntar todas as telas num só mural e cada participante irá explicar sua pintura; • 2º: Questionamos como eles poderiam auxiliar na continuidade deste trabalho de prevenção de HIV/AIDS? • 3º: Questionamos sobre quais estratégias educativas eles acham mais eficaz para que possamos trabalhar com os adolescentes nas escolas, a fim de que estes não venham a usar drogas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Telas para pintura; • Tintas guache; • Pincéis; • Chocolates com perguntas pregadas nas carteiras;

	<ul style="list-style-type: none">• 4º: Como eles queriam ser chamados na pesquisa?	
--	---	--

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: **Círculo de Cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**, a qual tem como objetivo promover por meio dos Círculos de Cultura, um espaço crítico-reflexivo acerca da prevenção do HIV/aids junto aos jovens usuários de cocaína/crack. Sua participação é importante, você não deve participar contra a sua vontade e sem a autorização do seu responsável, se menor de 18 anos. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

As informações serão coletadas em encontros previamente agendados com os adolescentes, da seguinte maneira: observarei o comportamento, as opiniões, as dúvidas, a expressão corporal e a criatividade; conversaremos sobre assuntos de interesse do grupo referente à sexo, prevenção e DST/AIDS; registrarei os momentos em fotografias e gravações de voz, com a devida permissão dos participantes; anotarei todas as informações colhidas em registro específico (diário de campo) para posterior análise.

Tendo em vista a importância de sua participação nesta pesquisa, convido-o a fazer parte deste estudo, mediante a autorização do seu responsável, sendo necessário esclarecer que: a sua participação deverá ser de livre e de espontânea vontade; você não ficará exposto a nenhum risco; a sua identidade será mantida em sigilo. Informo, ainda, que:

- ❖ Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar.
- ❖ Certifico que os participantes do estudo não terão nenhuma despesa de qualquer natureza.
- ❖ Garantia quanto ao anonimato e sigilo do seu nome e das informações dadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou seu(s) filho(s) ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família.
- ❖ Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.
- ❖ Você não receberá nenhum pagamento para participar da pesquisa.
- ❖ Somente após devidamente esclarecida e ter entendido o que foi explicado acima, você deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Agnes Caroline Souza Pinto

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1266 - Rodolfo Teófilo

Telefones para contatos: 3366.8461

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 - Rodolfo Teófilo

Telefones para contatos: 3366.8344

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____

<p>Assinatura do voluntário</p> <hr/> <p>Assinatura do responsável pelo voluntário (Pais ou responsável legal)</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) dos responsável (eis) pelo estudo.</p> <hr/> <p>Nome do Profissional que aplicou o TCLE</p>
<p>Endereço do participante-voluntário</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto):</p> <p>Bloco: /Nº: /Complemento:</p> <p>Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:</p>	

APÊNDICE E - Modelo de Tarjetas

- Uso de seringas e agulhas não descartáveis
- sexo anal
- usando os mesmos copos, talheres ou pratos de portadores da doença
- sexo vaginal
- exigir teste no sangue doado para transfusões
- transplante de órgãos e tecidos
- carícias
- repartindo toalha
- desinfetar agulhas e seringas, com água sanitária e água, pelo menos 3x consecutivas
- contato com sangue e seus derivados
- beijo
- comendo da mesma comida
- usando a mesma privada
- sexo oral
- não dividir agulhas e seringas
- bebendo da mesma bebida
- usar camisinha em todas as relações sexuais
- respirando o mesmo ar
- na gravidez, parto e amamentação
- suor, saliva e lágrimas
- picada de insetos
- usando o mesmo batom
- utilização coletiva de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis
- usando a mesma roupa
- aperto de mão
- sentando no banco de ônibus
- cuidando de pessoas contaminadas
- tomar injeções e vacinas, utilizando-se sempre de agulhas e seringas descartáveis
- repartindo sabonete
- nadando na mesma piscina

APÊNDICE F - Descrição das DSTs

1. Nos homens, os sintomas são dor e ardência na hora de urinar e um corrimento amarelo e purulento que sai do pênis. Deve ser tratado a parceira também, se não for feito o tratamento pode causar esterelidade!(Gonorréia)
2. Os homens sentem ardência ao urinar e sai uma secreção pequena e clara do pênis antes de urinar. Deve ser tratado a parceira também, se não for feito o tratamento pode causar esterelidade! (Clamídia)
3. Infecção recorrente causada por um grupo de vírus que determinam lesões genitais em forma de pequenas bolhas agrupadas que, em 4-5 dias, sofrem erosão(ferida) seguida de cicatrização espontânea. As lesões são dolorosas e precedidas de vermelhidão. As crises podem ser desencadeadas por fatores tais como *stress* emocional, exposição ao sol, febre, baixa da imunidade etc. (Herpes Genital)
4. Trata-se de uma lesão ulcerada (cancro), indolor, em geral única, com a base endurecida, lisa, brilhante, com presença de secreção serosa (líquida, transparente) escassa e que pode ocorrer nos grandes lábios, vagina, clítoris, períneo e colo do útero na mulher e na glândula e prepúcio no homem, mas que pode também ser encontrada nos dedos, lábios, mamilos e conjuntivas. Transmissão: relação sexual, transfusão de sangue contaminado, transplacentária (a partir do 4 mês). (Sífilis primária)
5. Doença causada por um vírus chamado HIV que ataca as células que defendem o corpo das doenças. (AIDS)
6. É um tipo de Hepatite que pode ser transmitido pelo contato sexual, por transfusão sanguínea, por uso de seringas e agulhas sem esterelização, tatuagem, entre outros. Mulheres grávidas podem transmitir o vírus para o bebê, durante a gestação e amamentação. Existe Vacina para esta hepatite. (Hepatite B)
7. Infecção causada por um grupo de vírus que determina lesões papilares, as quais ao se fundirem, formam massas vegetantes com o aspecto de couve flor(verrugas). Localizações mais comum: - No homem: glândula, prepúcio, meato uretral, frênulo, sulco balano prepucial, saco escrotal. Na mulher: vulva, períneo, vagina, colo do útero. Pode causar câncer de colo de útero (HPV).
8. Vírus da imunodeficiência adquirida. (HIV)

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 14/12

Fortaleza, 17 de Fevereiro de 2012.

Protocolo COMEPE nº 303/11

Pesquisador responsável: Agnes Caroline Souza Pinto.

Título do Projeto: “Educação em saúde na prevenção HIV/AIDS com homens adolescentes usuários de cocaína/crack.”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 16 de Fevereiro de 2012.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Maria Elisabete Amaral de Moraes
Vice-Coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC