



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Raquel Matos Ferreira

**EXISTEM COMPORTAMENTOS DE RISCO:
A INTERVENÇÃO DE PROXIMIDADE EM PÚBLICOS
VULNERÁVEIS**

Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Ciências da Educação, orientado pela Professora Doutora Maria do Rosário Carvalho Nunes Manteigas Moura Pinheiro, Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Raquel Matos Ferreira

EXISTEM COMPORTAMENTOS DE RISCO:

A INTERVENÇÃO DE PROXIMIDADE EM
PÚBLICOS VULNERÁVEIS

**Relatório de estágio para obtenção de grau de Mestre em Ciências da
Educação, orientado pela Professora Doutora Maria do Rosário
Carvalho Nunes Manteigas Moura Pinheiro, Professora Auxiliar da
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra.**

Outubro de 2020

À minha Mãe e ao meu Pai.

Agradecimentos

*Há gente que fica na história
da história da gente...*

(Mariza, 2001)

À Professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro pela orientação, oportunidades, conhecimentos partilhados e motivação ao longo desta etapa.

Ao Dr.º Paulo Anjos pela oportunidade, liberdade, confiança, atenção, disponibilidade, ensinamentos, carinho e alegres momentos.

À Dr.ª Maria Lobo, pela orientação, confiança, liberdade, ensinamentos, delicadeza das palavras, partilhas, bons momentos e pela amizade.

Ao Enfermeiro Paulo Pessoa, pela confiança, liberdade, ensinamentos, espírito de equipa e bons momentos.

À equipa técnica da Associação Existências pelo bom ambiente que sempre me proporcionaram.

À Paula Padrão, pelo companheirismo durante o estágio, pelas partilhas, cumplicidade, divertidos momentos e especial amizade.

Ao Marco Ribeiro pelo companheirismo ao longo do estágio, pelos bons momentos, partilhas e amizade e por ser o equilíbrio nos momentos mais stressantes.

Ao Paulo Alves, pelos bons momentos durante o estágio e por me desafiar a ser alguém melhor a cada dia.

À Joana e à Sara por terem caminhado ao meu lado durante esta etapa.

À Carolina Azinheiro, por me apadrinhar, pelos conselhos, orientações e amizade.

À Cindi, pelos conselhos, positividade e verdadeira amizade.

A todos(as) que de forma direta ou indireta contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

Muito obrigada!

Resumo

Neste relatório pretende-se expor o trabalho desenvolvido na Associação Existências durante o ano letivo 2019-2020. Nesse período realizou-se intervenção em diferentes áreas, designadamente: VIH, saúde sexual e reprodutiva e dependências, essencialmente junto de públicos vulneráveis. Esta intervenção foi realizada no âmbito de ação do *Projeto Adão e Eva II*, do *Projeto Etapas Positivas*, do *Projeto Nov'Ellos*, do *Projeto Afetos* e do *Projeto Acolher*.

Perante a diversidade e especificidade dos comportamentos de riscos dos diferentes públicos-alvo a intervenção de proximidade foi a abordagem privilegiada para o contacto direto com os beneficiários das ações e projetos da Associação Existências. Exploraram-se diferentes temáticas e tipologias de intervenção, desde as preventivas à redução de riscos e minimização de danos.

Este relatório finaliza com a apresentação de um estudo que teve como objetivo analisar os conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/Sida e ao uso do preservativo na comunidade académica da Universidade de Coimbra. Neste estudo comparam-se os conhecimentos e as atitudes de três grupos de participantes: os que participaram voluntariamente num rastreio a Infecções Sexualmente Transmissíveis e responderam presencialmente ao protocolo de investigação, os que responderam online e nunca participaram num rastreio de IST e ainda os que responderam online e já fizeram rastreio noutra circunstância de vida. Verificou-se não existirem diferenças entre os grupos no que diz respeito aos conhecimentos sobre a infeção VIH/SIDA e que o grupo dos inquiridos que responderam online e nunca realizaram rastreio em algum momento da vida são quem demonstra atitudes mais favoráveis em relação ao uso do preservativo.

Ao longo do presente relatório é possível notar as atividades de intervenção, investigação, entre outras realizadas ao longo do período de estágio. Tendo a uma determinada altura investido maioritariamente na conceptualização das atividades de investigação, devido ao Estado de Emergência consequência da Pandemia Covid-19.

Palavras-Chave: Educação para a saúde, Intervenção preventiva, VIH, Dependências, Públicos vulneráveis

Abstract

This report intends to state the research work outcome developed at “Associação Existências” throughout the academic year 2019-2020.

Several interventions were carried out in different areas, namely: HIV, sexual and reproductive health and drug addiction, closely developed on vulnerable communities within the scope of *Adão e Eva II project*, *Etapas Positivas project*, *Nov’Ellos project*, *Afetos project* and *Acolher project*.

The report ends up showing a study that aimed to analyze the knowledge and attitudes towards HIV/AIDS related to condom use by the academic community of the University of Coimbra.

The survey aimed to assess knowledge and attitudes of three different groups of respondents: those who volunteered to screen sexually transmitted infections replying in person to the investigation protocol; those that replied online without any IST tracking and, likewise, those that replied online and previously tracked due to any other occurrences.

It was found that all groups share the same knowledge about HIV/AIDS and also finds out that the last group showed sensible attitudes towards condom use.

Throughout this study, it is possible to observe intervention and investigation activities, among others carried out during the internship period.

At a certain point, the guidance mainly focused on the conceptualization of research activities, due to the State of Emergency as a consequence of Pandemic Covid-19.

Keywords: health education, preventive intervention, HIV, addiction, vulnerable communities

Índice

Introdução.....	9
Capítulo I - Enquadramento Institucional.....	14
1. Modo de Intervenção	15
2. Recursos	17
3. Projetos em desenvolvimento	18
Área do VIH/Sida e IST.....	18
1. Adão e Eva II	18
2. Etapas Positivas	20
3. Acolher	21
Área das Dependências	22
4. Nov'Ellos	22
Área da Saúde Sexual e Reprodutiva	23
5. Afectos	23
Área da formação	23
4. Avaliação e acompanhamento dos projetos	25
Capítulo II - Fundamentação Teórica.....	26
2.1 Saúde e Promoção da Saúde.....	26
2.1.1 Educação para a Saúde	28
2.2 Comportamentos de Risco.....	31
2.2.1. Adição.....	31
2.2.1.1 Comportamentos aditivos.....	31
2.2.1.2 Substâncias psicoativas	32
2.2.1.3 Consumos / Dependências.....	35
2.3 Intervenções Preventivas	38
2.3.1 Tipos de prevenção	38
2.3.2 Redução de riscos e minimização de danos.....	42
2.3.3 Abordagem de proximidade	44
2.4. Trabalho Sexual	47
2.4.1 Origem.....	47
2.4.2 Tipos de trabalho sexual: Exterior e Interior	49
2.4.3 Riscos associados ao trabalho sexual	51
2.5 Infeções sexualmente transmissíveis.....	53
2.5.1 Definição de infeção sexualmente transmissível (IST)	53
2.5.2 VIH/Sida e outras IST.....	54
Capítulo III - Atividades desenvolvidas	61

3.1 Associação Existências	61
3.1.1 Projeto Adão e Eva II	61
3.1.2 Projeto Nov’Ellos	64
3.1.3 Rastreios na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Repúblicas Universitárias de Coimbra, Estação de Comboios (Coimbra A), Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra e <i>Street Store</i>	65
3.1.4 Formação de Treino Inicial da Rede de Rastreio	66
3.1.5 Formação de Gestão e Motivação de Voluntariado	66
3.1.6 Trabalho administrativo	66
3.2 Atividades paralelas	67
3.2.1 Projeto Cores Univers@s	67
3.2.2 Exposição “Pessoas, Histórias e Memórias – TRANS 20” e <i>Workshop</i> “Des/Fazendo Géneros”	67
3.2.3 Participação na aula de Educação para a Saúde	68
3.2.4 Participação aulas de Dinâmicas de Grupo em Educação e Formação	68
3.2.5 Semana da saúde	68
3.2.6 Formação “Invest em Ti”	69
Capítulo IV - Projeto de Investigação	70
Origem do estudo	70
Metodologia	70
Resultados e Discussão dos dados recolhidos	71
Conclusão	80
Considerações Finais	81
Anexos	85
Apêndices	86

Introdução

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, realizou-se o estágio curricular, para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, orientado pela professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro.

O presente relatório intitulado *Existem comportamentos de risco: A intervenção de proximidade em públicos vulneráveis*, é o resultado da realização do supramencionado estágio na Associação Existências com início no dia 27 de setembro de 2019 e término no dia 1 de setembro de 2020. A estagiária teve como supervisores locais o Dr.º Paulo Anjos e a Dr.ª Maria Lobo.

A Associação Existências é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que tem como objetivo principal a promoção e proteção da saúde, através da prestação de cuidados preventivos, curativos e reabilitativos, mediante a prevenção primária, secundária e terciária, o atendimento psicossocial e a cooperação internacional. Tem desenvolvido ações com o intuito de melhorar a situação de determinados indivíduos, seja ao nível da saúde ou ao nível das suas condições pessoais e sociais.

Neste sentido, o estágio teve como pressupostos a prevenção e redução de riscos e minimização de danos nas áreas da saúde sexual e reprodutiva e do consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas junto de diferentes públicos-alvo.

Foi ainda, com base numa das temáticas referidas que surgiu a ideia de realizar um estudo sobre os conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo, tendo como amostra a comunidade académica da Universidade de Coimbra.

Posto isto, ao longo do presente relatório é possível notar as atividades de intervenção, investigação, entre outras realizadas ao longo do período de estágio, por meio dos diferentes capítulos.

No capítulo I – Enquadramento Institucional, apresenta-se a supramencionada Associação. Caracterizando-a, descrevendo os seus recursos e projetos e, respetiva avaliação e acompanhamento.

No capítulo II – Enquadramento Teórico, apresenta-se uma revisão da literatura sobre os temas relativos ao estágio curricular, a saber: saúde e promoção da mesma, educação para a saúde, comportamentos de risco, onde se abordam conteúdos como: comportamentos aditivos, substâncias psicoativas, consumos/dependências, intervenções preventivas, redução de riscos e minimização de danos e abordagem de proximidade. Já na área dos comportamentos sexuais, exploram-se assuntos ligados ao trabalho sexual e aos riscos associados ao mesmo. Termina-se com o tema das Infecções Sexualmente Transmissíveis, definindo-as e explorando um pouco de quatro delas (VIH, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis).

O capítulo III – Atividades desenvolvidas, engloba as diversas intervenções, no local de estágio e em atividades paralelas, como é o caso da *Semana da Saúde*, que se realizou nos dias 22, 29 de maio e 5 de junho de 2020 e se intitulou de “Saúde com a deVIDA distância”, onde foram abordadas temáticas sobre saúde, promoção da saúde e direitos humanos em tempo de pandemia (Covid-19).

Além destas, paralelamente, destacam-se atividades em volta do Projeto Cores Univers@s que aconselha e apoia psicologicamente nas questões de diversidade e orientação sexual, identidade, expressão de género e temáticas LGBTQI+. Como a conferência “Preconceito contra a diversidade sexual e de género no Brasil: Pesquisas sobre vítimas e agressores”; Dia Internacional da Memória Trans, o *WorkShop* “Des/Fazendo Géneros”, entre outras.

Por fim, no capítulo IV – Projeto de Investigação, apresenta-se o *Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo*. Este que teve como objetivo inquirir alunos da Universidade de Coimbra sobre os seus conhecimentos em relação à infeção pelo VIH/Sida e sobre a sua atitude perante a utilização do preservativo, considerando a variável – realização de rastreio ou não realização de rastreio.

Posto isto, ainda neste capítulo, expõe-se a origem do estudo, a metodologia utilizada, a análise dos dados recolhidos e a conclusão.

Finda-se o presente relatório com as considerações finais, com as referências bibliográficas que serviram de apoio à realização deste relatório e com os anexos.

Glossário de siglas e abreviaturas

AAC – Associação Académica de Coimbra

AE – Associação Existências

CAD – Comportamentos aditivos e dependências

DGE – Direção geral de educação

DGS – Direção geral de saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FPCE-UC – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

GAT – Grupo de Ativistas em Tratamentos

HSH – Homem que tem Sexo com Homem

HUC – Hospitais Universidade de Coimbra

INPG – Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NSP - Novas Substâncias Psicoativas

NUDIV – Utilizador(a) de Drogas Não Intravenosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PG – População Geral

RSI – Rendimento Social de Inserção

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Substâncias Psicoativas

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TS – Trabalhador(a) Sexual

UC – Universidade de Coimbra

UDIV– Utilizador(a) de Drogas Intravenosas

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice de Figuras

Figura 1. Mecanismos relacionando o consumo de SPA a problemas de saúde e sociais. Fonte: OMS, 2014 _____	34
Figura 2. Material de prevenção distribuído _____	62
Figura 3. Kit com material asséptico para o consumo de drogas _____	63

Índice de Tabelas

Tabela 1. Total de atividades realizadas no âmbito do Projeto Adão e Eva II _____	63
Tabela 2. Total de atividades realizadas no âmbito do Projeto Nov'Ellos _____	64
Tabela 3. Estatísticas descritivas para o total de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (n=81) _____	72
Tabela 4. Análise de variância das respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (n=80) _____	72
Tabela 5. Comparações múltiplas entre as respostas dos três grupos ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA _____	73
Tabela 6. Média de respostas nos três grupos ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA _____	74
Tabela 7. Total de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA _____	74
Tabela 8. Frequência de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA _____	75
Tabela 9. Total de respostas à Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo _____	76
Tabela 10. Comparações múltiplas entre as respostas dos três grupos à EMARUP _____	77
Tabela 11. Média de respostas dos três grupos à EMARUP _____	78
Tabela 12. Média de respostas aos diferentes questionários _____	78
Tabela 13. Correlação entre o Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA e a EMARUP _____	79

Capítulo I - Enquadramento Institucional

Associação Existências

Fundada a 30 de junho de 2004 e sediada em Coimbra, a Associação Existências é uma organização não governamental e sem fins lucrativos que, em 2011 foi legitimada Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS).

O seu principal objetivo é a promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados preventivos, curativos e reabilitativos, mediante, entre outros: a prevenção primária, secundária e terciária, o atendimento psicossocial e a cooperação internacional (Associação Existências [AE], 2019, p. 4).

Como objetivos secundários destaca-se a intervenção social, a formação e educação, o apoio a crianças e jovens, o apoio à família e à comunidade, o apoio à integração social e comunitária, a educação e formação dos técnicos, a formação profissional, o apoio socioprofissional da população desfavorecida, a intervenção na população do meio prisional, o apoio ao cidadão com deficiência, a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou de diminuição de meios de subsistência ou capacidade de trabalho e a cooperação internacional (Associação Existências, 2019, p. 4).

Com o intuito de dar resposta aos supramencionados objetivos têm sido desenvolvidas ações que promovam de forma positiva a situação de determinados indivíduos ao nível da saúde, das suas condições pessoais e/ou sociais.

Estas ações/intervenções são promovidas por projetos desenvolvidos pela Existências, designados: *Projeto Adão e Eva II*, *Projeto Etapas Positivas*, *Projeto Nov'Ellos*, *Projeto Afetos* e *Projeto Acolher*, que serão clarificados posteriormente (Associação Existências, 2019, p. 4).

Estes, intervêm junto da comunidade em geral, porém focam-se em populações particularmente expostas a comportamentos de risco, nomeadamente trabalhadores do sexo e seus circundantes, indivíduos com comportamentos associados ao consumo de substâncias psicoativas e indivíduos portadores de VIH/SIDA (Associação Existências, 2019, p. 4).

Num segundo plano iniciaram-se dois projetos na área da formação profissional e da capacitação para o investimento social, onde foram concebidos dois eixos de atividade no âmbito da formação: o de *qualificação escolar e profissional* e o de *qualificação contínua de recursos humanos* através de ações de formação de reciclagem, atualização e aperfeiçoamento (Associação Existências, 2019, p. 4).

No primeiro eixo, respetivamente, o foco está na população de adultos desempregados do concelho de Coimbra, onde se verifiquem fracas habilitações literárias, baixas qualificações profissionais e práticas profissionais e com trajetórias de vida marcadas pela exclusão social, cedendo prioridade, a pessoas em situação de desemprego de longa duração, jovens em risco e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Aqui, a intervenção passa pelo desenvolvimento de cursos de Educação e Formação de Adultos e de Formação para a Inclusão (Associação Existências, 2017).

No segundo eixo, mantém-se as formações, umas dirigidas a profissionais de saúde, outras destinadas a adultos empregados ou desempregados (formações modulares) e outras a técnicos, estagiários e voluntários (formações internas). É de salientar que estas formações enquadraram o Quadro de Referência Estratégica Nacional e as que se realizam atualmente enquadram no Portugal 2020 (Associação Existências, 2017).

1. Modo de Intervenção

A Existências¹, de modo a atingir os seus objetivos adota uma postura de proximidade com o seu público-alvo, utilizando para isso a comunicação informal, equipas móveis e de rua, equipas de redução de riscos e minimização de danos; comunidades terapêuticas, unidades de desabituação e investigação. Todavia, também se propõe a criar e manter: centros de dia e apoio domiciliário, equipas de intervenção social direta, formação, formação profissional, centros de apoio social, projetos de desenvolvimento social e atividades comunitárias, recreativas, culturais e desportivas, entre outros (Associação Existências, 2017).

Contudo, para que o desenvolvimento das suas atividades seja bem-sucedido é importante o contacto constante com entidades, cidadãos e parceiros do exterior cuja

¹ Designação utilizada para identificar a Associação Existências.

problemática se relacione com as áreas de intervenção da Existências. Neste sentido, existem protocolos escritos firmados com as seguintes entidades:

AMI – Assistência Médica Internacional (Delegação de Coimbra);
APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra;

Associação de Pais e Encarregados de Educação do Agrupamento de Escolas da Pedrulha;

APF – Associação para o Planeamento da Família – Delegação Regional do Centro;

Associação Social, Cultural e Recreativa de São Paulo de Frades;

Centro de Saúde de Condeixa-a-Nova;

Centro de Saúde Fernão de Magalhães de Coimbra;

Centro de Saúde de São Martinho do Bispo;

Direção Geral da Associação Académica de Coimbra;

Fundação Pão de Açúcar – Auchan;

IPC – Instituto Politécnico de Coimbra (acordo verbal);

IPCDVS – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra;

IPSS – Centro Recreativo e Cultural Sol Eiras;

Junta de Freguesia de São Paulo de Frades;

Junta de Freguesia de Santa Cruz;

Junta de Freguesia de São Martinho do Bispo;

Junta de Freguesia de São João do Campo;

Junta de Freguesia de Santo António dos Olivais;

NAPFA – Núcleo de Assistência Psicológica e Formação de Adultos;

Secção de Defesa dos Direitos Humanos da Associação Académica de Coimbra;

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Serviço de Infeciologia do Hospital Infante D. Pedro de Aveiro;

Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra;

Associação de Estudantes da Escola Superior de Educação de Coimbra;

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

IREFREA Portugal;

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.;

Grupo Português de Ativistas (GAT);

PAJE – Plataforma de Apoio a Jovens Ex-Acolhidos;

Konkrets – Consultoria e Formação Profissional, Lda.;

Sicó Formação – Sociedade de Ensino Profissional S.A.

Diversos têm sido os contactos com diversas parcerias e protocolos referidos anteriormente, estes que se traduzem em meios de resolução de situações-problema em diferentes modelos de intervenção.

Ainda na perspectiva de atingir os objetivos a que se propõe, a Existências é membro da Rede Social de Coimbra, do Fórum Nacional da Sociedade Civil VIH/SIDA, da Rede sobre Trabalho Sexual e parceira da Plataforma Anti Transfobia e Homofobia (PATH) [Associação Existências, 2018].

2. Recursos

A Existências dispõe de recursos: humanos, estruturais e financeiros que garantem a realização dos seus projetos e do bom funcionamento da Associação.

Relativamente aos primeiros, respetivamente, confirma-se que no ano letivo 2019/2020 a Associação contou com a colaboração de um assistente social, uma psicóloga, um enfermeiro, uma médica, um contabilista, dois monitores, quatro estagiários e um voluntário.

Já nos recursos estruturais, a Existências usufrui da sede que agrega a receção, a sala da equipa técnica, a sala de enfermagem onde se realizam os rastreios e que é também o gabinete de atendimento, três salas de formação, duas salas de armazenamento de materiais da Associação e duas casas de banho.

Por fim, nos recursos financeiros contam com financiamento público e privado, nomeadamente pela DGS, entidades privadas e associados. Também mantém protocolos que permitem a realização dos projetos a que se propõem.

3. Projetos em desenvolvimento

Com vista a alcançar os objetivos a que se propõe a médio e longo prazo, a Existências, tem vindo a desenvolver projetos e a dar continuidade a outros. É de referir que alguns se encontram a ser financiados exclusivamente pelos recursos da Associação, uma vez que os financiamentos por parte de entidades públicas são limitados por curtos períodos de tempo.

Área do VIH/Sida e IST

1. Adão e Eva II

Aprovado durante um ano pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida, surge em 2004, pela Associação Existências, o projeto *Adão e Eva* que visava a prevenção do VIH/Sida e de outras IST e a adoção de comportamentos preventivos junto dos trabalhadores do sexo.

Posteriormente, com a adição de novos objetivos, intervenções e populações-alvo ao projeto, surgiu a necessidade de renomeá-lo, passando assim a intitular-se *Adão e Eva II*.

Atualmente, intervém junto de trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens, utilizadores de drogas por via endovenosa e população sem-abrigo e o contacto é feito através de um trabalho de campo direto, suportado por uma equipa móvel que prioriza a relação interpessoal, presta apoio psicossocial, transmite informação sobre VIH e outras IST e distribui material de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e material assético para consumo de drogas).

Aliada a esta intervenção, promove-se ativamente a realização de rastreios (anónimos, confidenciais e gratuitos) de VIH e outras IST, através da realização de testes rápidos de deteção de anticorpos anti-VIH1 e anti- VIH2, de Sífilis e de Hepatite B e C. Importa referir que estes testes abrangem não só os grupos-alvo, mas também os seus circundantes (ex. clientes dos/as TS).

Os rastreios realizados com resultados reativos são atempadamente e de forma adequada referenciados e encaminhados para estruturas formais de saúde e de apoio social, garantindo o acesso eficaz ao SNS.

Paralelamente, existe um acompanhamento por parte dos técnicos do projeto e sempre que necessário ou após solicitação do utente há a possibilidade de prestar cuidados em instalações ligadas ao projeto, por estes não poderem ser realizados em contexto de exterior.

Relativamente às zonas de intervenção com os trabalhadores do sexo, estas dividem-se em dois contextos: interior e exterior. No primeiro, respetivamente, as deslocações da equipa móvel são a apartamentos e a clubes de convívio situados em Coimbra e arredores. No segundo, incluem-se durante o dia contextos semiurbanos e rurais, nomeadamente estradas nacionais na zona de Condeixa, Mealhada e Figueira da Foz e durante a tarde/noite a intervenção compreende a zona entre a estação ferroviária “Coimbra Cidade” e “Coimbra B”, dando ênfase à Avenida Fernão Magalhães.

Também na cidade de Coimbra são realizadas intervenções junto do grupo dos HSH e da comunidade de consumidores de drogas, durante tarde e/ou noite.

Em suma, o projeto Adão e Eva II tem como objetivo a diminuição dos riscos de infeção por VIH/Sida e outras IST.

2. Etapas Positivas

Iniciou em janeiro de 2010 e foi cofinanciado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida, da Direção Geral da Saúde até 2012. Atualmente é um projeto assegurado pelos recursos da Existências.

Pretende junto de indivíduos infetados pelo VIH/Sida e respetivos afetados, nomeadamente: familiares, companheiros amorosos ou de profissão, desenvolver a prevenção positiva, por considerar que estes são importantes referências para os primeiros.

Desta forma, quer-se alterar os comportamentos dos indivíduos infetados, difundindo literacia sobre o VIH e de como lidar com esta infeção. Promovendo assim, a adesão terapêutica, o aumento dos cuidados de saúde, o aumento da autoestima e a adoção de estilos de vida saudáveis, de modo a assegurar uma melhoria acentuada da sua qualidade de vida e, de igual modo de promoção da redução do risco de infeção e reinfeção (Associação Existências, 2019, p.11).

De igual modo, o projeto tem o propósito de entender a dinâmica e determinantes da infeção, incluindo os determinantes da adesão terapêutica e do acesso a estruturas de saúde (Associação Existências, 2019, p.12).

É uma realidade que a maioria da população-alvo deste projeto são trabalhadores do sexo ou utilizadores de drogas, o que exige a necessidade de intervenções urgentes e com dificuldade acrescida. Aqui, as estratégias e metodologias de intervenção afirmam-se como medidas de *outreach*², através de equipas móveis que vão junto das populações e mantêm relações interpessoais diretas, acordadas na confiança e no sigilo profissional, e deste modo viabilizem, além de mais, a aprendizagem de competências para lidar com a infeção (Associação Existências, 2019, p.12).

Compete, também, ao supramencionado projeto acompanhar os indivíduos a estruturas de saúde e sociais (consultas de Imunodeficiência, Serviço de Infeciosas dos

² Metodologia de intervenção muito utilizada em RRMD, centrada na pessoa e na comunidade a que se destina. O objetivo é afastar-se por diversas razões (estigma, marginalização, etc.) dos fatores e condições necessárias para o exercício de uma cidadania plena. Identificam-se três tipos de *outreach*: domiciliário, individual e peripatético (SICAD, 2016).

HUC e consultas no Centro de Saúde) e prestar-lhes serviços de diferentes especialidades no gabinete da Associação Existências.

Em suma, este Projeto efetua a distribuição de material informativo e preventivo, fornece apoio psicossocial, social, psicológico e cuidados de enfermagem, promove sessões de educação para a saúde e educação entre pares e efetua encaminhamentos e acompanhamentos a estruturas sociais e de saúde, entre outras (Associação Existências, 2019).

3. Acolher

Com o consentimento da Gilead³, sob o Programa Gilead Génese, iniciou-se em maio de 2016, no âmbito de projetos de iniciativa comunitária o projeto *Acolher*. Este que foi financiado durante um ano e atualmente desenvolve-se com os recursos da Associação Existências.

Tem como população-alvo imigrantes que residam, trabalhem ou estudem no distrito de Coimbra mas, abrange de igual modo, a comunidade em geral.

Utiliza como metodologia de intervenção o trabalho de campo direto por este promover as relações interpessoais, criando assim proximidade e confiança com os indivíduos. Recorrem a equipas móveis que procuram contactar com Associações que representem as referidas populações. Privilegia-se ainda a ativação de redes de suporte primário, secundário e terciário.

São criadas condições que promovam a diminuição do risco de infeção pelo VIH e outras IST's, através da distribuição de material de prevenção e da realização de diagnósticos precoces. Nesta segunda medida, respetivamente, realizam-se testes rápidos ao VIH/Sida, à Sífilis, à Hepatite B e à Hepatite C. Nos casos em que o resultado seja reativo, encaminha-se, com a autorização de referenciação do indivíduo, para estruturas formais de saúde e de apoio social. Além disso, promove-se o rastreio de contacto, que

³ A Gilead Sciences é uma empresa biofarmacêutica que investiga, desenvolve e comercializa terapêuticas inovadoras em áreas da medicina com maior necessidade. A missão da empresa é de proporcionar tratamento a doentes com doenças potencialmente fatais, em todo o mundo (Gilead, 2020). Disponível em: <https://www.gilead.com/utility/global-operations/europe/portugal/portugal-translation>

consiste em contactar os indivíduos com quem este indivíduo (possível portador do vírus) contactou.

Em suma, é a partir destas intervenções que se pretende consciencializar sobre a problemática da infeção do VIH/Sida e de outras IST, mas também esclarecer dúvidas sobre os processos de migração.

Área das Dependências

4. Nov'Ellos

Este projeto iniciou em julho de 2017 e foi financiado pelo Instituto da Droga e Toxicodependência, ao abrigo do Programa de Intervenção Focalizada, durante 24 meses. Após esse período, o financiamento é assegurado pelos recursos da Associação Existências.

Pretende prevenir e promover a redução de riscos e minimizar danos associados ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), essencialmente em ambientes recreativos, por se verificar em idades precoces um aumento e diversificação do consumo destas substâncias, traduzindo-se no agravamento do risco de desenvolvimento de abuso e de dependência.

Através da prestação de informações e esclarecimento de dúvidas, bem como, da distribuição de folhetos informativos deseja-se aumentar os conhecimentos sobre as diversas substâncias (tabaco, álcool, canábis, ecstasy, anfetaminas, cocaína, entre outras), desmistificando conceitos errados por parte dos consumidores. Juntamente com os folhetos é distribuído material preventivo, concretamente o preservativo masculino.

Esta prática é realizada em ambientes recreativos e nas duas festas académicas (Festa das Latas e Queima das Fitas) que se realizam durante o ano na cidade de Coimbra, por estes espaços serem considerados privilegiados para o consumo de SPA.

Reforçando a promoção da literacia sobre as SPA, respetivo consumo e consequente alteração de comportamento no que remete ao seu consumo, são desenvolvidas ações de formação/educação dirigidas a adolescentes e jovens adultos; pais/encarregados de educação e outros agentes educativos e ainda a proprietários/funcionários de estabelecimentos recreativos e dirigentes associativos com foco numa ação concertada (Associação Existências, 2019).

Área da Saúde Sexual e Reprodutiva

5. Afectos

O projeto *Afectos* iniciou em maio de 2011 e foi financiado durante quatro anos pela DGS.

Intervém em contexto de rua junto de jovens entre os 15 e os 30 anos do distrito de Coimbra e trabalhadores do sexo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, onde aborda mitos sobre comportamentos sexuais, medidas de proteção, formas de transmissão de IST's e de utilização de métodos contraceptivos de barreira nas relações ocasionais e/ou de afetividade, desmistificando-os.

De forma a contribuir para a execução do Plano Nacional de Saúde, este projeto visa sensibilizar para a importância da autorresponsabilização na sua saúde sexual e reprodutiva, facilitar o acesso à informação e à ajuda especializada, realizar estudos de caso da população-alvo com publicação dos resultados, em forma de artigo, em revistas científicas e por fim, promover e garantir a qualidade dos projetos que foram e vierem a ser aprovados, reforçando a cooperação entre ambos (Associação Existências, 2019, p.16).

Importa referir que paralelamente, o supramencionado projeto mantém uma página do Facebook onde divulga informações na temática do protejo, da mesma forma que promove o contacto com a comunidade.

Área da formação

Capacitação para a Inclusão

A Associação Existências em parceria com a ETP Sicó apresentou uma candidatura à tipologia 3.05⁴ – Capacitação para a Inclusão, no âmbito do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego que incorpora o Portugal 2020.

O objetivo é promover a inclusão social e combater a pobreza e a discriminação em grupos potencialmente vulneráveis como é o caso de pessoas com baixos rendimentos,

⁴ Conjunto de ações que visam promover a capacitação de grupos potencialmente vulneráveis, apostando fundamentalmente no desenvolvimento de competências de natureza pessoal e social (POISE, 2020).

desempregados de longa duração e beneficiários do RSI, com baixos níveis de qualificação, ex-reclusos, jovens sujeitos a medidas tutelares educativas e cidadãos sujeitos a medidas tutelares executadas na comunidade, sem abrigo, pessoas com comportamentos aditivos e dependências; adultos que não sejam detentores das competências básicas de leitura, escrita, cálculo e TIC.

Foram aprovadas quatro ações de formação com duração de 250 horas cada, que tiveram início no ano 2018, com o curso “Como Entrar no Mercado de Trabalho?”.

Posteriormente, decorreram as seguintes formações: “Ama I – Acompanhante de Crianças”, “Organização Doméstica” e por último “Ama II – Acompanhante de Crianças”.

Capacitação para o Investimento Social

A Associação Existências em parceria com a empresa Índice Consultores, apresentou uma candidatura à tipologia 3.32⁵ - Programa de Capacitação para o Investimento Social, no âmbito da iniciativa Portugal Inovação Social do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego – Portugal 2020.

O objetivo é capacitar as organizações envolvidas em iniciativas de inovação e empreendedorismo social (IIES), de forma a melhorar as capacidades organizativas e as competências de gestão, com o intuito de preparar para o impacto social, mobilizar e aplicar investimento social no campo de ação da IIES em curso.

Em 2017, após a realização do diagnóstico de necessidades de capacitação da IIES com a Associação para a Melhoria da Organização e Gestão (AMOG), a Existências candidatou-se com a IIES – Projeto Adão e Eva II e, posteriormente foram aprovadas as seguintes intervenções: *Gestão de Operações e Tecnologias de Informação; Estrutura, Governança Liderança e Recursos Humanos; Marketing Comunicação e Angariação de Fundos; Estratégia, Parcerias e crescimento e Avaliação de Impacto* (Associação Existências, 2019, p.18).

⁵ Financiamento de atividades de capacitação de organizações de inovação e empreendedorismo social, através de *vouchers* atribuídos aos destinatários finais (POISE, 2020). Disponível em: <https://poise.portugal2020.pt/to-do-eixo-3>

No ano seguinte, após a realização do diagnóstico de necessidades de capacitação da IIES com a empresa Tyloring Management Consulting, Unipessoal Lda., foi apresentada nova candidatura com a IIES – Projeto Nov’Ellos, onde foram aprovadas as seguintes intervenções: *Modelo de Gestão e Motivação de Voluntariado + Formação em Competências de Alto Desempenho, Desenvolvimento de Plano de Comunicação, Modelo de Criação de Valor e Formação em Design Thinking, Desenvolvimento de Modelo de Gestão Administrativa e Financeira + Formação em Gestão dos Projetos* (Associação Existências, 2019, p. 19).

4. Avaliação e acompanhamento dos projetos

Os projetos são da responsabilidade do respetivo coordenador, porém, no que remete à avaliação e ao acompanhamento interno, estes só se realizam sob a orientação e supervisão da Direção da Associação, em articulação com a equipa de cada projeto. Realizam-se reuniões periódicas onde é feito o acompanhamento das atividades desenvolvidas, através da análise dos resultados, de informações relevantes que possam ter sido anotadas aquando as atividades realizadas, da análise do trabalho desenvolvido pela equipa técnica e pela avaliação das dificuldades que foram surgindo durante a implementação do projeto.

Por fim, todas as intervenções são registadas em materiais de registo próprio para cada projeto, indicando valores e dados considerados essenciais para avaliar as ações realizadas.

Capítulo II - Fundamentação Teórica

No decorrer do presente relatório tem-se vindo a abordar a temática da saúde sexual, do consumo de substâncias psicoativas, das infeções sexualmente transmissíveis, da redução de riscos e minimização de danos e da abordagem de proximidade nas diferentes populações-alvo. Nesse sentido, passaremos a explorar um pouco mais desses temas, de forma a perceber qual o papel da Educação nessas áreas.

2.1 Saúde e Promoção da Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020), a saúde “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. É um direito de todo o ser humano sem distinção racial, religiosa, crença política, condição económica ou social.

Nesta perspetiva, a OMS (2020) enuncia as condições e recursos fundamentais para a saúde: *paz, abrigo, educação, comida, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade*, por considerar que estes são os pré-requisitos básicos que servem de base para melhorá-la. Porém, refere que a conquista de qualquer estado na promoção e proteção da saúde é da responsabilidade de todos, que o desenvolvimento desigual em diferentes países no controlo de doenças, em particular as doenças transmissíveis são um perigo comum. Última referindo a importância da opinião informada e da cooperação ativa de todos com vista no mesmo objetivo: a melhoria da saúde das pessoas.

De modo a alcançar o objetivo supramencionado, a 21 de novembro de 1986 em Ottawa no Canadá, surge a *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, onde se apresentou a Carta de Ação que promove Saúde para todos (OMS, 2020). É de salientar a participação e ratificação de Portugal neste documento.

Nessa conferência debateu-se sobre a *Promoção da Saúde* como meio de resposta às crescentes expectativas no âmbito de um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial (Carta de Ottawa, 1986). Saúde, que de acordo com a OMS (2020) é um conceito positivo, onde se destacam os recursos sociais, pessoais e as capacidades físicas, o que

permite concluir que a promoção da saúde não se limita apenas a responsabilidades do setor da saúde, mas também de estilos de vida saudáveis e bem-estar.

É importante reforçar que a promoção da saúde pretende alcançar equidade na saúde, garantindo igualdade de oportunidades e recursos a todas as pessoas (homens e mulheres). Para tal, é necessária uma base segura num ambiente benéfico, com acesso a informações e oportunidade de escolhas saudáveis sobre o que determina a sua saúde (OMS, 2020).

Os pré-requisitos mencionados anteriormente, juntamente com as perspetivas que se têm para a saúde na sua plenitude só podem ser atingidos se existir coordenação entre o setor da saúde, governos, setores sociais e económicos, organizações não-governamentais e voluntárias, autoridades locais, indústria e mídia (OMS, 2020).

“Pessoas de todas as esferas da vida estão envolvidas como indivíduos, famílias e comunidades. Grupos profissionais e sociais e pessoal de saúde têm uma grande responsabilidade de mediar entre diferentes interesses da sociedade na busca da saúde” (OMS, 2020).

As ações comunitárias detêm um papel essencial na promoção da saúde por estabelecerem prioridades, tomarem decisões, planearem estratégias e implementarem-nas (OMS, 2020).

É com base nos recursos humanos e materiais existentes na comunidade que se aperfeiçoa a autoajuda e o apoio social, bem como se desenvolvem sistemas flexíveis que reforcem a participação do público e a direção das questões de saúde. Porém, é necessário ter acesso integral e contínuo a informações, oportunidades de aprendizagem e apoio financeiro (OMS, 2020).

A promoção da saúde também se caracteriza por apoiar o desenvolvimento pessoal e social fornecendo informações, educação para a saúde e habilidades para a vida, que levam ao aumento do controlo sobre a saúde de cada indivíduo e sobre os ambientes mais favoráveis à mesma (OMS, 2020).

Por fim, salienta-se que o setor da saúde deve permanecer cada vez mais na direção da promoção da saúde e não ter exclusivamente a responsabilidade de prestar serviços clínicos e curativos (OMS, 2020).

“Os serviços de saúde precisam de adotar um mandato ampliado que seja sensível e respeite as necessidades culturais” (OMS, 2020). Mandato esse que deve zelar pelas necessidades de indivíduos e comunidades no que concerne a uma vida mais saudável, bem como abrir canais entre o setor de saúde e componentes sociais, políticas, económicas e ambientais mais amplas (OMS, 2020).

Deve dar-se mais atenção a pesquisas no âmbito da saúde, mudanças na educação e formação profissional, de modo a que estes serviços mudem a atitude e a sua organização, e se centrem em todas as necessidades do indivíduo como pessoa inteira (OMS, 2020).

2.1.1 Educação para a Saúde

Uma vez que a “*Educação para a Saúde* não é da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, todos os setores, nomeadamente o da Educação, são responsáveis pela construção de um bem-estar global” (Direção Geral da Educação [DGE], 2020).

Segundo Queiroz (2011), a Educação para a Saúde é uma estratégia de promoção da saúde. Caracterizada como um “processo indispensável numa sociedade que permite que o indivíduo ou as comunidades adquiram conhecimentos e competências necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis”. As intervenções que a educação para a saúde possui são de carácter formativo, porque “conseguem integrar processos cognitivos e atitudinais, que permitem a modificação de comportamentos, tornando-se numa ação, permanentemente, consciente, racional e voluntária”.

Segundo a OMS (2020), Educação para a Saúde “é qualquer combinação de experiências de aprendizagem projetadas para ajudar indivíduos e comunidades e melhorar a sua saúde, aumentando os seus conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”.

Noutra perspetiva o mesmo termo pode ser compreendido como algo que “visa o desenvolvimento das faculdades potenciais de cada pessoa e da sua autonomia, na busca do bem-estar físico, psicológico e social”. Como o autor refere, esta autonomia e busca são uma forma ativa de responsabilizar o sujeito na promoção da sua saúde (Figueiredo, 2008, p. 260).

Assim, um aspeto fundamental das atividades promotoras da saúde é a comunicação e o facto dos seus fundamentos teóricos terem ligações bem estruturadas com a educação e o marketing social (Queiroz, 2011).

A Educação para a Saúde sofreu vários processos, que se diferenciam por gerações que importam analisar.

Os modelos de primeira geração, tinham como base modelos informativos por considerarem que a informação era o elemento essencial de todo o processo educativo (Queiroz, 2011).

Nestes modelos, nota-se uma assumida influência do modelo biomédico, onde é valorizada a prevenção da doença aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Levando “o educador a persuadir o indivíduo a escolher estilos de vida que reduzissem o risco de contrair doenças e que facilitassem a recuperação da saúde” (Queiroz, 2011).

Nesta geração os métodos de intervenção utilizados eram palestras ou campanhas de informação onde o educador era responsável por promover a mudança dos hábitos de vida dos sujeitos através de conteúdos que eram definidos e selecionados previamente, para serem posteriormente transmitidos nas sessões educativas. Essas sessões tinham como foco a transmissão de conhecimentos e valores numa vertente manipuladora dos sujeitos, não lhes admitindo, nem lhes reconhecendo a capacidade de escolha (Queiroz, 2011).

Já nos modelos da segunda geração, foram notórias as diferenças no tipo de intervenção. Aqui, desvalorizou-se o aconselhamento clínico e prescritivo, valorizou-se a importância da negociação e da colaboração que possibilitava que os sujeitos fossem informados e orientados no sentido de tomarem uma decisão livre e consciente (Queiroz, 2011).

Foi à luz de várias teorias da aprendizagem, nomeadamente das que valorizavam o processo cognitivo como forma de incitar a alteração de comportamentos e atitudes que se desenvolveu este modelo. “Os teóricos da linhagem da segunda geração postulam que a aprendizagem tem lugar quando os indivíduos percecionam, entendem e interpretam a informação que recebem, o que os leva a alterar os seus procedimentos e hábitos de vida” (Queiroz, 2011).

Na terceira e última geração, ou como é identificada “Educação para a saúde Crítica”, decorrente da Declaração de Alma-Ata (Programa de Saúde para todos no ano 2000), valoriza-se a participação comunitária, onde a indivíduos e famílias é atribuída responsabilidade sobre a sua saúde e bem-estar, bem como na comunidade de modo a criar desenvolvimento individual e coletivo (Queiroz, 2011).

Segundo (Moreno et al., 2000 citado por Queiroz, 2011), “esta perspectiva apoia-se numa cultura social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, com o fim de reduzir as desigualdades e potenciar a participação comunitária”.

Esta é a geração que interliga os comportamentos individuais, o meio ambiente e as instituições sociais, de forma a existir interação educativa individualizada de informação sobre a saúde à população com vista no desenvolvimento de autonomia e responsabilidade do indivíduo na criação de um melhor estilo de vida, que influencie a saúde (Queiroz, 2011).

Nesta geração, as situações socialmente vivenciadas são tidas em consideração pelo educador que a partir delas assume um papel de orientador em função dos objetivos, da mesma forma que apoia nas medidas que o grupo determina implementar. Cabe igualmente ao grupo definir quais os temas prioritários e quem serão os intervenientes nas atividades educativas (Queiroz, 2011).

Refere Queiroz (2011), que esta metodologia “contribui para a união dos indivíduos, visa a resolução do problema e, em última análise, contribui para o desenvolvimento da comunidade ou e da sua organização”. Nesta perspectiva, segundo (García Martínez et al., 2000 citado por Queiroz, 2011), “se não houver uma participação ativa da comunidade, não é possível efetuar nenhum programa de Educação para a Saúde”, isto porque “o seu êxito está dependente da interação dialética entre os indivíduos e a sua realidade, valorizando-se, deste modo, a autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais na determinação de estilos de vida e sua modificação”.

Finalizando, a educação para a saúde visa melhorar a saúde das populações, através da promoção da literacia na comunidade e da melhoria da sua consciência relativamente ao impacto que os fatores ambientais e sociais têm na mesma, contribuindo desta forma para a tomada de decisões mais informadas.

2.2 Comportamentos de Risco

Segundo (Feijó & Oliveira, 2001 citado por Santos, 2008), a expressão “health compromising behaviors” é a tradução de comportamentos comprometedores para a saúde ou comportamentos de risco. E define-se “como a participação em atividades que podem comprometer a saúde física e mental do jovem, podem ter início pelo caráter exploratório, podendo ou não levar à sua consolidação e conduzir a consequências ao nível individual, familiar e social”.

2.2.1. Adição

2.2.1.1 Comportamentos aditivos

No que concerne à área das adições pode referir-se um conjunto de comportamentos problemáticos, que quando desenvolvidos, levam a consequências negativas nas mais diversas áreas, acabando por afetar o indivíduo e todos o que o rodeiam. “Essa influência nefasta é sentida a vários níveis e nas distintas áreas de vida do sujeito, verificando-se uma progressiva perda de controlo sobre a conduta aditiva” (Nunes & Jólluskin, 2007, p. 21).

De acordo com o Referencial de Educação para a Saúde (2017), os processos de adição “são comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas”, nesta perspetiva, sabe-se que “os mais frequentes entre os jovens são o consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente o álcool, o tabaco e a canábis, o jogo e a internet”. O supramencionado referencial refere ainda que “os fenómenos dos comportamentos aditivos e das dependências é complexo e multidimensional, incluindo fatores genéticos, neurobiológicos, psicológicos e ambientais, sendo transversal à sociedade”.

É de salientar que as adições não são exclusivas do consumo de substâncias, podendo identificar-se outras como por exemplo a adição às compras. Nesta perspetiva, Nunes & Jólluskin (2007), referem que o campo dos comportamentos aditivos é bastante vasto e não se limitando ao consumo problemático de substâncias psicoativas. “Compreende todo e qualquer padrão de conduta compulsiva, onde o indivíduo procure alcançar um estado de gratificação imediata, apesar das consequências negativas sentidas” (p. 21).

Uma adição sem substância é toda a conduta repetitiva que produz prazer e alívio tensional, sobretudo nas suas primeiras etapas, e que leva a uma perda de controlo da mesma, perturbando severamente a vida quotidiana, a nível familiar, laboral ou social, que pode acentuar-se no tempo e conduzir a uma dependência (Referencial de Educação para a Saúde, 2017).

2.2.1.2 Substâncias psicoativas

De acordo com o quadro europeu, “estima-se que cerca de 85 milhões de adultos terão já consumido alguma substância ilícita ao longo da vida, o que corresponde a cerca de um quarto da população adulta”. Noutra perspetiva, “o aparecimento de novas substâncias psicoativas tem sido uma tendência crescente a nível europeu”, com especial evidência nos últimos anos para “as substâncias sintéticas agonistas para recetores de canabinóides, as feniletilaminas e as catinonas sintéticas, grupos de substâncias que mimetizam as substâncias ilegais mais comuns”, conclui o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2013 citado por SICAD, 2013.

As SPA dividem-se em dois grupos: lícitas e ilícitas. Nas primeiras, respetivamente, inclui-se o tabaco, as bebidas alcoólicas e os medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos) e nas segundas, a canábis, a cocaína, as anfetaminas, o ecstasy, a heroína, o LSD e os cogumelos alucinógenos, mas também as novas substâncias psicoativas (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Aliado ao consumo excessivo de algumas substâncias surgiu a necessidade de classificá-las. Vários foram os termos utilizados, a saber: substância psicotrópica e estupefaciente. Jacinto & Oliveira-Martins (2015), definem substância psicotrópica como qualquer substância medicamentosa que atua sobre o psiquismo, sem diferenciação entre efeitos estimulantes e depressivos. E estupefaciente, também definido como narcótico, uma substância que, por norma, causa habituação e cujos efeitos são a supressão de dor e alterações no sistema nervoso com consequências nocivas para a saúde mental e física.

Posteriormente, atualizou-se o termo para um mais genérico e abrangente, passando a utilizar-se *Substâncias Psicoativas* (SPA) que são qualquer substância que tenha efeitos psíquicos, medicamentosa ou não (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Por outro lado, define-se que “droga ou substância psicoativa é toda a substância, de origem natural ou sintética, lícita ou ilícita, que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central, deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o” (Fernandes, 2015).

No seguimento desta definição, ressalta-se que as SPA mais consumidas são extraídas ou são similares sintéticas de plantas com propriedades psicoativas. O seu consumo vem de tempos remotos e vai sendo descrito ao longo da história da sociedade, pois após o reconhecimento das propriedades psicoativas dessas plantas, estas passaram a utilizar-se para fins medicinais ou recreativos, sem qualquer tipo de controlo, até meados dos séculos XVIII e XIX (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Diversos são os pontos comuns destas substâncias que causaram o enraizamento do consumo das mesmas na sociedade, destaca-se o consumo abusivo e o desconhecimento das suas propriedades aditivas, que aliadas são um aspeto prejudicial para a saúde (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Segundo a OMS (2014), as pessoas consomem este tipo de substâncias com o intuito de tirarem benefícios, sejam eles momentos de prazer ou de inibição de dores, inclui-se aqui o consumo social.

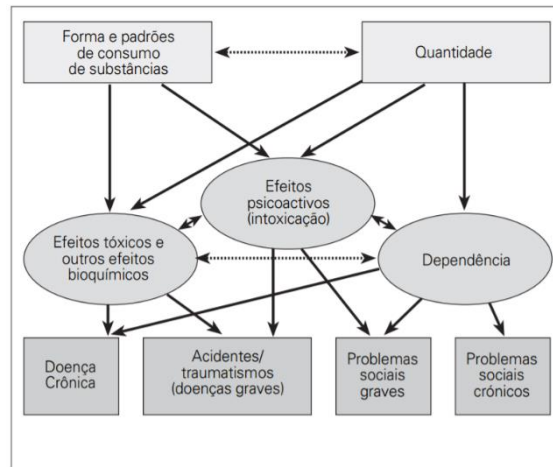
Os efeitos nocivos que advém desse consumo dividem-se em quatro categorias: *efeitos crónicos*, *efeitos biológicos*, *problemas sociais graves* e *problemas sociais crónicos* (OMS, 2014).

Na primeira categoria refere-se o consumo do álcool que pode incluir cirrose do fígado, entre outras doenças crónicas; o tabaco fumado (cigarro) que remete para o cancro do pulmão, enfisema e outras doenças crónicas. Mas, também o consumo de heroína por via injetável, com partilha de material de consumo (agulhas), é um transmissor de agentes infecciosos como o VIH e os vírus das Hepatites B e C, em muitos países (OMS, 2014).

Na segunda categoria, os efeitos caracterizam-se por serem agudos ou a curto prazo. Dando importância à dose excessiva, também conhecida como *overdose* de álcool e de opióides. Classifica também acidentes consequentes dos efeitos provocados pelo consumo das mencionadas substâncias na coordenação física, na concentração e no discernimento em circunstâncias que requerem estas capacidades. Exemplo disso são os acidentes de condução de veículos, suicídios (aquando o efeito do álcool) e agressões (OMS, 2014).

Por fim, a terceira e quarta categorias incluem consequências sociais prejudiciais: *problemas sociais graves* e *problemas sociais crónicos*. Os primeiros abrangem as separações bruscas ou detenções, já os segundos incluem as incapacidades em relação ao trabalho ou ao papel na família (OMS, 2014).

Figura 2. Mecanismos relacionando o consumo de substâncias psicoativas a problemas de saúde e sociais



Fonte: segundo a referência 8.

Figura 1. Mecanismos relacionando o consumo de SPA a problemas de saúde e sociais. Fonte: OMS, 2014

Novas substâncias psicoativas

No decorrer deste tópico descreveram-se as SPA ditas “clássicas” como é o caso da heroína, da cocaína ou do tetrahydrocannabinol (THC) usadas para fins recreativos há séculos e que por esse motivo se encontram controladas a nível internacional. Porém, surgiram recentemente as *Novas Substâncias Psicoativas* (NSP) e o consequente aumento da sua taxa de consumo ao longo do tempo (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Segundo Henriques e Silva (2016), o fenómeno das NSP tem marcado muito o panorama das drogas e das toxicodependências atualmente em Portugal e no resto do mundo.

Caracterizam-se pela sua abrangência, uma vez que a origem, o mecanismo de ação e os efeitos no ser humano são muito variados (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Neste grupo incluem-se: derivados das fenetilaminas, das triptaminas, das catinomas e da cocaína, bem como canabinoides sintéticos, constituintes ativos de plantas ou fungos (*Salvia divinorum*, *Mitragyna speciosa* e *Amanita muscaria*), entre outros.

Devido aos diferentes alvos moleculares os efeitos podem ser depressivos ou estimulantes (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

“Por serem substâncias novas, a produção, distribuição, importação, exportação, divulgação, venda, disponibilização e consumo das NSP não se encontravam legisladas, e por isso podiam ser livremente comercializadas”, o que contribuiu para que estas passassem a designar-se *legal highs* (drogas legais) [Jacinto & Oliveira-Martins, 2015].

De acordo com Henriques e Silva (2016) as NSP caracterizam-se por serem um “fenómeno emergente de drogas que consiste no aparecimento ou reaparecimento de um conjunto de substâncias no mercado” que devido à “sua composição química, formas de uso e meios de aquisição, se assemelham às drogas convencionais, mas com novas particularidades”.

Junto do aumento da prevalência de consumo, está o número de NSP identificadas, que em média acresce em duas/três por mês (estimativa entre 2009-2012) contudo, no mesmo período o número de NSP identificadas transpôs o valor de SPA já subjugadas ao controlo internacional. O consumo destas substâncias é maior na Europa e na América do Norte, mas acredita-se que por existirem países onde as indústrias químicas e farmacêuticas são mais desenvolvidas, que a sua produção seja lá, ou seja, no Este e Sudeste asiático (Jacinto & Oliveira-Martins, 2015).

Em suma, estas novas substâncias são, como indicam, novas substâncias psicotrópicas ou estupefacientes que podem ser encontradas no seu estado puro ou numa preparação e que conseqüentemente ameaçam a saúde pública por serem drogas não controladas (Henriques & Silva, 2016).

2.2.1.3 Consumos / Dependências

Como referido anteriormente, 85 milhões de adultos no quadro europeu já terão consumido alguma substância ilícita (destacando-se a *cannabis*, o *ecstasy* e a cocaína) ao longo da vida (OEDT, 2013 citado por SICAD, 2013).

“Uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador que, ativando os circuitos no cérebro torna mais provável que tal comportamento se repita” (OMS, 2014). Falamos assim de *dependência* que, segundo

Fonseca (1997) citado por Nunes e Jóluskin (2007), “é a resultante de uma interação entre o organismo e uma substância tóxica ou droga, que o indivíduo sente compelido a consumir periódica ou continuamente.” (p.30) Refere ainda que, a dependência física comporta uma acomodação do organismo que se traduz na manifestação de vários sintomas no momento de cessação da administração da substância, levando à síndrome de abstinência⁶ quando os mencionados sintomas são mais perceptíveis.

Contudo, importa aludir que os supramencionados efeitos de satisfação de certas SPA não são uma justificação exclusiva para comportamentos associados à dependência. Neste sentido, a dependência física, demonstrada pela abstinência aquando a interrupção do consumo, pode contribuir para o consumo e para a dependência, mas não explica o desenvolvimento e a sustentação da mesma, mesmo depois de longos períodos de abstinência (OMS, 2014).

Por outro lado, segundo Schuckit (1998) citado por Nunes e Jóluskin (2007), na dependência o foco é a substância e o que esta influencia na vida da pessoa que a consome, induzindo à consequência que é perder o controlo dos consumos, que provoca um estado de crescentes dificuldades, a despeito das quais se verifica um regresso repetido ao uso da mesma.

Pela perspetiva da OMS (2004), a dependência é um transtorno da função cerebral ocasionado pelo consumo de SPA que afetam os processos cerebrais normais da senso-perceção, das emoções e da motivação, resultando em sintomas de comportamento muito complexos, que se refletem a curto ou a longo prazo.

Todavia, não foi previamente reconhecida como um transtorno do cérebro, igualando-se às doenças psiquiátricas e mentais que também não o foram. Ainda assim, com os recentes avanços em neurociências demonstrou-se que tal dependência é um transtorno cerebral como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica (OMS, 2004).

“Novas tecnologias de investigação permitem visualizar e medir alterações na função cerebral desde o nível molecular e celular a alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o consumo de substâncias a curto e a longo prazo” (OMS, 2004).

⁶ Síndrome de abstinência é segundo Fonseca (1997) citado por Nunes e Jóluskin (2007), “um conjunto de sintomas físicos e psíquicos que decorre da cessação abrupta do consumo da droga, relativamente à qual o indivíduo está em estado de dependência”.

Segundo Balsa, Vital e Urbano (2013) citado por SICAD (2013), “o consumo das novas substâncias psicoativas é, em 2012, ainda muito residual na população portuguesa entre os 15-74 anos: cerca de 0,4% já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% tinha consumido nos últimos 12 meses”, referem ainda que é “um comportamento com maior concentração no sexo masculino e nas idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, particularmente nos 15-24 e 25-34”.

Em Portugal, à data de 2012, ao que concerne o consumo de bebidas alcoólicas, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15 e os 74 anos já tinha experienciado pelo menos uma vez o consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida e 60% tinha consumido no último ano. Independentemente do tipo de consumo: experimental, recente ou atual, estes são permanentemente superiores no sexo masculino (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Salienta-se que o consumo recente⁷, é mais evidente em idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos e que a prevalência do consumo *binge* (consumo de cinco ou seis copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no decorrer do último ano) era de 7,4% e a de embriaguez (cambalejar; dificuldade em falar; vomitar e/ou não recordar o que aconteceu) era de 5,1% com predominância nas faixas etárias mais jovens (15-24 anos) [Balsa, Vital & Urbano, 2013].

Relativamente ao consumo de medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos), no mesmo ano, cerca de 22% da população portuguesa entre os 15 e os 74 anos já experienciou pelo menos uma vez um consumo deste tipo de medicamentos através de prescrição médica (20,4%) ou sem prescrição médica (1,4%) e 13,7% tinha consumido no último ano. Antagonicamente ao consumo de bebidas alcoólicas, o presente consumo é muito superior no sexo feminino, no entanto se este consumo for sem prescrição médica os seus consumidores são maioritariamente do sexo masculino.

Os consumos recentes aumentam gradualmente com o avanço das etapas do ciclo de vida, assim os valores máximos pertencem aos grupos etários dos 55-64 anos e dos 65-74 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

⁷ Consumo nos últimos doze meses.

Em súmula, segundo (Balsa, Vital e Urbano, 2013 citado por SICAD, 2013), “entre 2007 e 2012, a tendência da evolução do consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa entre os 15-64 anos  para uma redução ou uma estabilização dos consumos”, todavia são “observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores (como por exemplo, no caso da prevalência do consumo de medicamentos ao longo da vida) ou de alguns subgrupos específicos”.

Neste sentido, importa, mencionar que foram realizados estudos em contextos como meios escolares e espaços recreativos que “apontam para prevalências e padrões de consumo de substâncias psicoativas mais preocupantes em determinadas etapas do ciclo de vida, designadamente na dos 15-24 anos, evidenciando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos” (Calado & Lavado, 2010; Feijo, 2012; Feijo, Lavado & Calado, 2012; Guerreiro, Costa & Dias, 2013 citado por SICAD, 2013).

Voltando à temática inicial (dependência), pode concluir-se que esta aparenta-se como “função das interações complexas entre os efeitos fisiológicos das substâncias sobre as regiões cerebrais associadas à motivação e às emoções, em articulação com as aprendizagens desenvolvidas a respeito das relações entre o consumo de substâncias e as respostas comportamentais associadas” (Nunes e Jólluskin, 2007, p. 31).

Concluindo, segundo os mesmos autores, em diferentes definições, a tnica  colocada na dependência com criação de uma ponte entre o fenmeno do consumo e a adaptação fisiológica às drogas consumidas. No entanto, a noção de dependência não pode ser da mesma forma aplicada às variadas substâncias, e os sintomas de abstinência manifestam-se em função das características da substância que originou essa dependência, ocorrendo de forma diversa para os vários indivíduos.

2.3 Intervenções Preventivas

2.3.1 Tipos de prevenção

Em Portugal, nos últimos anos, o desenvolvimento de intervenções no campo dos comportamentos aditivos e dependências orientou-se por um modelo que envolve “visão ampla, global e integrada do fenmeno do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, tendo sido preconizado a sua operacionalização através das áreas de

intervenção em Prevenção, Dissuasão, Tratamento, Redução de Riscos e Minimização de Danos e Reinserção” (SICAD, 2020).

Desta forma, a prevenção ou intervenção preventiva tem como objetivo promover a literacia dos indivíduos e/ou de grupos específicos com os conhecimentos e competências necessárias para lidarem com o risco ligado ao consumo de SPA e a outros comportamentos aditivos e dependências (CAD). Além disso, agem sobre contextos reduzindo a presença de fatores que facilitem a instalação dos comportamentos supracitados ou promovam o desenvolvimento de fatores de proteção. Por último, importa referir que as estratégias preventivas se destinam à população geral, a subgrupos e a indivíduos e executam-se ao nível do indivíduo, da família, da escola e da comunidade (IOM, 1994/2009 citado por SICAD, 2020).

Segundo o SICAD (2020), os modelos compreensivos e de influência social indicam que existem fatores de risco e de proteção (que podem ser de natureza biológica, psicológica e social – internos ou externos ao sujeito e que cruzam os vários domínios da sua vida) que influenciam as atitudes e os comportamentos dos sujeitos em relação ao consumo de SPA e a outros CAD. Neste sentido, os fatores de risco “constituem-se como características e condições individuais, sociais ou ambientais (comportamentos, atitudes, contextos específicos) que aumentam a probabilidade de um indivíduo/grupo vir a consumir substâncias psicoativas ou outros comportamentos de risco”. Já os fatores de proteção, identificam-se como as “características e condições individuais, sociais ou ambientais (comportamentos, atitudes, contextos específicos) que reduzem a mesma probabilidade”. Desta forma, os fatores de proteção possibilitam a diminuição do impacto dos fatores de risco ou o aumento da capacidade para lidar com eles.

“Na interação/influência entre estes fatores, assumem particular importância, no desenvolvimento ou não de comportamentos de aditivos, a vinculação familiar, escolar e social (belonging) a influência dos pares, a vulnerabilidade e a resiliência” (SICAD, 2020).

Nesta perspetiva, o *Institute of Medicine*⁸ (IOM), aconselha que a intervenção preventiva deva ser operacionalizada por meio da avaliação dos fatores de risco dos

⁸ *Institute of Medicine* - estabelecido em 1972 pela *Tribhuvan University* com o mandato e a responsabilidade de treinar todas as categorias de recursos humanos de saúde necessários no país. Tem como objetivos: Produção de recursos humanos para serviços de saúde; Fornecer serviços de saúde por meio de suas instituições de saúde e Realizar pesquisas em ciências da saúde. Disponível em: <http://www.iom.edu.np/>

indivíduos e propõe um modelo operacional para a delimitação das intervenções que incluem os níveis: universal, seletiva e indicada (IOM, 1994/2009 citado por SICAD, 2020).

Assim, fala-se em *Prevenção Universal*, *Prevenção Seletiva* e *Prevenção Indicada*. A primeira, respetivamente, é dirigida à população geral sem uma análise a priori do grau de risco individual. Considera-se que toda a população possui o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e que todos podem ser beneficiários dos programas de prevenção. Estes programas (prevenção universal) variam no tipo, estrutura e duração. Os seus componentes incluem a informação e o desenvolvimento de competências, entre outros (IOM, 1994/2009 citado por SICAD, 2020).

A *prevenção seletiva*, é direcionada a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas reconhecidas como de risco para o consumo de SPA. Esse risco é avaliado em função dos fatores que o grupo expõe em relação ao abuso de substâncias e não ao grau de risco individual. Aqui, os programas são de média ou longa duração, de tipo e estrutura variadas e igualmente compostas de componentes de informação, desenvolvimento de competências, entre outros (IOM, 1994/2009 citado por SICAD, 2020).

Em último, caracteriza-se a *prevenção indicada*, que é destinada a indivíduos com comportamentos de risco, que apresentam sinais de uso de SPA ou outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica. Neste nível de prevenção é avaliado o nível de risco individual. Os programas são de longa duração, variam no tipo e estrutura e os seus componentes são iguais aos dos tipos de prevenção supramencionados, ou seja, contemplam a informação, o desenvolvimento de competências, entre outros (IOM, 1994/2009 citado por SICAD, 2020).

Recentemente, além destes três níveis de prevenção, desenvolveu-se outro, a saber *Prevenção Ambiental*, que possui estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais, recomendando que se alterem os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, por interferirem com as escolhas individuais do uso de SPA. Neste sentido, incluem-se medidas como a legislação nacional referente ao consumo de SPA, nomeadamente a taxação fiscal dos produtos, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda ou medidas em contextos particulares como o meio escolar, que regulam o uso de álcool e de tabaco para todos os elementos da comunidade escolar. Apesar destas medidas estarem mais direcionadas para substâncias lícitas, são bastante

importantes no campo global da prevenção, argumentando com a relação entre o uso de álcool e tabaco e o consumo de substâncias ilícitas (EMCDDA, 2011 citado por SICAD, 2020).

Em suma, este tipo de intervenção segundo o quadro do modelo de intervenção português nos CAD e as medidas em vigor no domínio da procura indicam o cidadão como “o centro da conceptualização do quadro das opções das políticas e intervenções, desenhadas e orientadas no presente período estratégico da intervenção por etapas do ciclo de vida e contextos de pertença” (SICAD, 2020). Segundo o mesmo autor, a área da prevenção perspetiva-se de uma forma global e integrada, desenvolvida de forma conjunta e articulada com outros setores públicos e parceiros estratégicos governamentais e não-governamentais e da sociedade civil.

É fundamental que as estratégias preventivas a desenvolver continuem a basear-se em corretos diagnósticos e no conhecimento científico (Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências [PNRCAD], 2013).

Neste sentido, as melhores estratégias são as baseadas em avaliações e diagnósticos, mas também num planeamento adaptado às necessidades e características dos indivíduos, dos grupos, dos contextos e das comunidades (SICAD, 2020).

Desta forma, e no caso concreto da prevenção na área do consumo de SPA, a identificação dos fatores de risco e de proteção nos grupos-alvo da intervenção permite identificar as “vulnerabilidades” e as “potencialidades” existentes num dado território através do desenvolvimento de sinergias de capacitação/adaptação dos indivíduos, das organizações e/ou dos contextos locais face ao uso/abuso de substâncias psicoativas, sendo o primeiro passo para o planeamento ajustado das ações/estratégias de intervenção (PNRCAD, 2013).

Identificados os fatores de proteção, reduzem-se as probabilidades de consumos de um grupo ou de um indivíduo, ou de problemas que possam advir e interfiram com o indivíduo ou com o seu contexto social. Simplificando, os referidos fatores permitem diminuir a repercussão dos fatores de risco ou aumentar a aptidão para lidar com eles (PNRCAD, 2013).

Numa outra visão, antecipar os riscos e as consequências está na base da crescente aposta na prevenção, assim, segundo o PNRCAD (2013), procura-se compreender os comportamentos aditivos como manifestações de mal-estar e visa-se a criação de

respostas que diminuam a acomodação desse estado, através da redução dos fatores de risco associados ou do desenvolvimento de fatores transversais de proteção.

Por fim, importa referir que esta conceção serve de diretriz para as respostas dirigidas a grupos de alto risco, quer pela presença de comportamentos aditivos, quer pela proximidade de quem os adota. Deste modo, é essencial que o enfoque das intervenções se reparta entre a abordagem seletiva e indicada, mas assuma igualmente uma marcada componente universal, direcionada à integração de mais e melhor conhecimento, quer no plano restritivo da lei (em aproximação à dissuasão), quer no plano do desenvolvimento de competências sócio emocionais, quer ainda das alternativas de prazer e de redução de riscos que tão fortemente marcam a realidade atual dos contextos recreativos” (PNRCAD, 2013).

2.3.2 Redução de riscos e minimização de danos

A Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD), “consiste num modelo próprio de intervenção face à problemática que se desenvolve em torno do consumo de substâncias psicoativas” e engloba “pressupostos, objetivos e metodologias específicas, que se configuram num corpo teórico-prático coerente e distinto de outras modalidades de intervenção, como sejam a prevenção, o tratamento ou a reinserção” (IDT, 2009).

Esta abordagem – RRMD - é reconhecida pela OMS como um conjunto de boas práticas no domínio da saúde pública, com particular relevância na prevenção do VIH/Sida (IDT, 2009).

Foi inicialmente criada para intervir junto de consumidores inacessíveis, para os quais o serviço de tratamento tradicional não estava disponível, ou que, mesmo estando, não estava acessível ou não era motivo de intenções. O intuito era chegar aos consumidores que não queriam ou não conseguiam deixar de consumir e informá-los sobre redução de riscos e danos (SICAD, 2020).

Genericamente, diz-se que a população-alvo desta abordagem são os consumidores de heroína e cocaína de longa data, particularmente marginalizados, fragilizados a nível social e da saúde. Que não pretendem ou não conseguem deixar de consumir e que não contactam os serviços de apoio como os serviços de tratamento da dependência. Contudo, em Portugal, nos últimos anos através das respostas de proximidade das equipas de rua que atuam nos contextos onde os consumidores de SPA

se encontram, tem-se conseguido estabelecer contacto e intervir junto de pessoas que não procuravam serviços de saúde, convergindo o aumento da procura de serviços, especialmente os de tratamento (SICAD, 2020).

Em Portugal, as políticas de RRMD orientam-se por dois princípios fundamentais: *princípio do humanismo* e o *princípio do pragmatismo*. O primeiro, respetivamente, “reconhece a plena dignidade das pessoas, implica a adoção de intervenções que permitam preservar nos toxicodependentes a consciência da sua própria integridade, que facilitem o acesso a programas de tratamento e que minimizem a sua marginalização e exclusão” e o segundo, integra o princípio humanista que “implica a promoção de intervenções que minimizem os efeitos do consumo de drogas e salvaguardem a sua inclusão social, favorecendo a diminuição do risco de disseminação de doenças infectocontagiosas e a redução de criminalidade associada à toxicodependência” (PNRCAD, 2013).

Paralelamente, desde há alguns anos verifica-se uma transformação na dinâmica das atividades noturnas, sobretudo no que é relativo ao consumo de substâncias, estando este a ficar mais abrangente e não se limita apenas ao consumo de álcool e tabaco (Bellis e Hughes, 2003 citado por PNRCAD, 2013).

A expansão desta dinâmica de consumo, designada “consumos em contextos recreativos”, que importa salientar que detém uma representação social positiva no tipo de comportamento, juntamente com a baixa perceção do risco dos mesmos e uma grande diversidade de substâncias disponíveis e com, uma população-alvo em muitos aspetos distinta da clássica (igualmente de difícil acesso), criou a necessidade de intervir nesta realidade tal qual uma abordagem de RRMD (PNRCAD, 2013).

Neste sentido, identifica-se a necessidade de intervir sobretudo nessa população através de uma “abordagem de proximidade, utilizando como atores privilegiados profissionais com formação adequada ao nível deste tipo de intervenção e ao nível dos efeitos secundários das substâncias psicoativas em geral, com particular incidência nas mais utilizadas em contextos recreativos” (PNRCAD, 2013).

Segundo Patricia Erickson (1999) citado por PNRCAD (2013), pode-se analisar a evolução da abordagem de RRMD através de três fases: sendo que na primeira se contemplam “ações de saúde pública relativamente a substâncias ilícitas e disponibilização de metadona a heroinómanos”, na segunda o foco incide particularmente

na população de utilizadores de drogas por via endovenosa e na prevenção da transmissão do VIH/SIDA. Já a terceira fase “contempla a atuação no domínio da saúde pública de uma forma integrada tanto ao nível do consumo de substâncias ilícitas como no consumo de substâncias lícitas”.

Posto isto, segundo o IDT (2009) “o consumo de substâncias psicoativas origina e reflete fenómenos muito diferentes consoante a dinâmica que se gera a partir do cruzamento de aspetos como a substância, a pessoa, as redes sociais de apoio ou o enquadramento social, económico e político” além disso, o mesmo autor refere que, perante a uma “realidade que é complexa na sua expressão, na sua gravidade, nas suas causas e consequências, importa conceber uma miríade de modalidades de intervenção estratégicas para proporcionar a resposta adequada consoante a realidade específica de cada sub-problemática e de cada subpopulação”.

Por fim, conclui-se que “o modelo de RRMD aplica-se e é necessário para uma população heterogénea, seja em termos de faixas etárias, estilos, histórias de vida e contextos que oferecem o enquadramento para o consumo (nomeadamente o contexto recreativo); aplica-se a diferentes substâncias psicoativas e formas de consumo” e por isso, “sempre que possível, deve privilegiar-se a redução de risco, sem perder, no entanto e por força de uma atitude pragmática, a minimização dos danos” (PNRCAD, 2013).

2.3.3 Abordagem de proximidade

Segundo Cachupa (1998) citado por Andrade; Carapinha; Sampaio; Shirley; Rodrigues & Silva (2007, p.10), “a exclusão é um fenómeno que configura um défice de recursos (económicos, sociais, culturais) que dificultam a participação social dos indivíduos”.

No caso concreto do consumo de drogas, isto tem sido visto como algo a expurgar, a punir ou a tratar pela sociedade. Constatando a realidade que é a exclusão, verifica-se que existem pessoas que não beneficiam nem de serviços sociais, nem dos serviços de saúde existentes, por diferentes motivos. No entanto, partindo da noção do direito à saúde para todos, identifica-se a necessidade de, na área das toxicodependências, desenvolver respostas caracterizadas pela abordagem de proximidade, maior flexibilidade e pelo

respeito da autonomia da pessoa em relação à sua saúde e à sua vida em geral (Andrade et al., 2007, p. 10).

Como referido anteriormente, perante estas questões tem-se estabelecido o enquadramento legal para a RRMD. Desta forma, as IPSS que “apreendem melhor as expressões específicas do fenómeno da toxicodependência nos locais onde se manifesta”, são reconhecidas por serem as organizações aptas para o desenvolvimento de intervenções de proximidade. Neste seguimento, em 2001 começaram a implementar-se as equipas de rua no âmbito das intervenções em RRMD (Andrade et al., 2007).

“A Redução de Risco e Minimização de Danos é uma abordagem eminentemente pragmática e humanista”, onde os técnicos centram o seu olhar “de forma não valorativa nos comportamentos de consumos dos utentes, bem como no estilo de vida” que estes adotaram para suportar o seu hábito (Andrade et al., 2007, p. 10).

Neste sentido, sabe-se que os técnicos “vão ao encontro do nível de motivação para a mudança em que se encontra o indivíduo, em alternativa ao nível de motivação que consideram que este deveria ter”. É neste momento que surge a necessidade de, gradualmente, estabelecer uma relação de confiança e adotar uma atitude empática sobre os comportamentos atuais da pessoa e as suas motivações para mudar, contrariamente ao “modelo de “tudo ou nada” em que o utente é diretamente confrontado com o seu consumo e impelido a procurar a abstinência” (Andrade et al., 2007, p. 11).

Segundo Andrade et al. (2007, p.11), “Kellog (2003), propõe a designação de “Gradualismo” para a abordagem de passos que ligam a RRMD sem objetivos de abstinência ao tratamento com este tipo de objetivos”. É em três categorias que divide a tipologia da abordagem, a saber: *diagnóstico da população; objetivos genéricos da intervenção e motivação dos utentes*. Na primeira, considera-se uma escala que engloba a situação de dependência extrema de substâncias, a dependência/abuso e a utilização esporádica. Na segunda, contempla um ponto extremo que é manter a pessoa viva através da manutenção da saúde com o objetivo de a pessoa ficar saudável. E na terceira, “propõe-se uma categorização considerando as pessoas que não conseguem parar de consumir no momento em causa, as pessoas que não pretendem deixar de consumir e as que conscientemente escolhem utilizar substâncias” (Andrade et al., 2007, p. 11).

Conclui-se que “cada passo no sentido de maior qualidade de vida do indivíduo é reconhecido como um sucesso”, isto porque cada resultado é analisado a vários níveis, ou

seja, tanto se analisam resultados relativos ao abandono do consumo de substâncias, como em relação à diminuição das práticas de risco (Andrade et al., 2007, p. 11).

Finalizando, no modelo de RRMD, são possíveis várias modalidades de intervenção, porém é no trabalho de rua caracterizado pela inserção na comunidade que se constitui como forma de mudança desta (Andrade et al., 2007, p. 11).

Segundo EMCDDA (2001) citado por Andrade et al. (2007, p. 11), o trabalho de rua é de igual modo “caracterizado por uma teia de relações entre técnicos, consumidores de substâncias e seus pares, que, embora assumindo papéis diferenciados na relação, interagem de forma democrática nos processos de tomada de decisão relativamente ao percurso do utente”.

Esta abordagem de proximidade tem sido diferente ao longo dos anos, variando entre modelos mais centrados na mudança de comportamentos dos indivíduos ou mais centrados na rede de relações dos consumidores de uma determinada comunidade, “recorrendo ou não a pares, líderes comunitários, voluntários, com componentes diversificadas (inclusão ou não de troca de seringas, fornecimento de outro tipo de material, realização de rastreios, encaminhamentos, entre outros)” Needle et al. (2005) citado por Andrade et al. (2007, p. 12).

Em Portugal, os modelos usados comumente pelas equipas de rua são diversificados e abrangentes na prestação de serviços, primando sempre pelo respeito das opções do utente relativamente ao consumo de substâncias. Incluem atividades como: informação/sensibilização relativamente aos comportamentos de risco; troca de seringas; oferta de materiais (água destilada, filtros, preservativos e toalhetes); encaminhamento para respostas sociais e de saúde; acompanhamento em termos de apoio social, psicológico, cuidados de enfermagem, entre outros e programas de metadona de baixo limiar de exigência (só em algumas equipas) [Andrade et al., 2007, p. 12].

2.4. Trabalho Sexual

2.4.1 Origem

Segundo Oliveira (2004, p. 45), a noção de prostituição não foi sempre similar. “Desde a *prostituta sagrada* da Idade da Pedra até à *trabalhadora sexual* dos dias de hoje, as sociedades foram encarando de forma diversa a prostituição e a prostituta: aceite ou rejeitada, vista como doente, delinquente, amoral, vítima ou profissional”.

Pode definir-se *prostituição* como “a prestação de quaisquer serviços sexuais em troca de qualquer forma de pagamento, tal como dinheiro, bebidas, drogas ou outros bens de consumo” (Carreira, 2001 citado por Neto, 2000, p. 10). E *trabalho sexual*, como uma atividade comercial de prestação de serviços onde se executa um comportamento com significado sexual ou erótico para quem compra, pressupondo-se que essa troca de serviços é entre adultos e com consentimento (Oliveira, 2011).

“Os trabalhadores do sexo incluem pessoas adultas e jovens, quer sejam femininos, masculinos ou transgéneros, que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, regularmente ou ocasionalmente, sendo que por “pessoas jovens” se entendem pessoas entre os 18-24 anos” OMS (2012) citado por Silva (2013).

Fazendo uma breve e pequena retrospectiva à história da prostituição, podemos referir que no século XIX, em Portugal, esta prática foi regulamentada e implicava a matrícula e inspeção das mulheres.

“Os regulamentos foram aperfeiçoados consoante a sua prática ditava novas exigências”, incluíam multas e aspetos de controlo sanitário, que envolviam obrigatoriamente uma consulta médica semanal. Isto passava-se em Lisboa à data de 1865 e, só com o avançar do tempo é que este regulamento se difundiu pelo resto do país. Esteve em vigor até 1962, ano em que a prostituição é proibida, prolongando-se em relação à Europa, que nos finais do século XIX criava um movimento que pretendia abolir a regulamentação (Oliveira, 2004, p. 27).

O Movimento Abolicionista, considerava que “a prostituição depende apenas, à exceção dos menores, da consciência individual” e apresenta além do fim da regulamentação, objetivos como “eliminar a exploração da prostituição e conseguir a

igualdade dos dois sexos face à lei, bem como punir o ultraje público ao pudor e a provocação pública ao deboche” (Oliveira, 2004, p. 28).

No caso Português, concluiu Ângelo Fonseca, em 1902, com o seu estudo nacional auxiliado por funcionários dos municípios, hospitais e repartições sanitárias a nível nacional, que “pela necessidade de abolir a tolerância e a regulamentação, por ter constatado que, apesar do número reduzido de mulheres matriculadas, houve um aumento da prostituição clandestina e que a inspeção era ineficiente e quase inexistente”. Para ele, era necessário implementar reformas, mas não sem antes acabar com a prostituição e em seguida, investir na educação das mulheres (Oliveira, 2004, pp. 28-29).

De 1963 até 1982, viveu-se o período do proibicionismo da prostituição, porém, no caso português esta medida não acabou com a prostituição. “O regime proibicionista acentuou a exposição das prostitutas a perigos vários, onde às agressões e assaltos havia que juntar as rusgas policiais” (Oliveira, 2004, p. 31).

Depois do 25 de abril, durante o I Governo Constitucional de Mário Soares, foram anunciadas novas medidas legislativas e formou-se uma comissão com intenção de fazer sugestões legislativas sobre o tema que temos vindo a abordar (ano de 1977), no entanto, sem sucesso. Mais tarde, em 1982 surge a lei que deixou de punir as pessoas que se prostituem e dá-se início a um novo período (Oliveira, 2004, pp. 32-33).

“No dia 1 de janeiro de 1983, entra em vigor o novo decreto-lei revogando o art.º 1.º da lei de 1962 que proibia o exercício da prostituição”. Por meio do “Decreto-Lei n.º 400/82 assiste-se à despenalização do ato prostitutivo e à criminalização do lenocínio, como forma de evitar o fomento, favorecimento ou facilitação dos atos de prostituição”. Nesse sentido, “não estando legalizada, também não é criminalizada. Existe um vazio legislativo que não pune, não regula, mas ignora esta atividade” (Oliveira, 2004, p. 33).

Em 1991, o Presidente da República, através do Decreto n.º 48/91, de 10 de outubro, ratificou a Convenção para a Supressão do Tráfico de Pessoas e da Exploração da Prostituição de Outrem, considerando que “a prostituição e o tráfico de pessoas são incompatíveis com a vida humana” e por esse motivo os Estados comprometeram-se a “punir a exploração da prostituição e a revogar ou abolir qualquer lei, regulamento ou prática administrativa que conceba regimes especiais ou condições excepcionais de vigilância para as pessoas que se prostituem” (Oliveira, 2004, p. 33).

As mais recentes atualizações não criminalizam a prostituição. De acordo com o Código Penal Português, no Decreto-Lei n.º 48/95, artigo 169.º, incorre no crime de Lenocínio, quem profissionalmente ou com intenção lucrativa, fomentar, favorecer ou facilitar o exercício por outra pessoa de prostituição é punido com pena de prisão de seis meses a cinco anos. Todavia, se o agente cometer o crime previsto no número anterior: a) por meio de violência ou ameaça grave; b) através de ardil ou manobra fraudulenta; c) com abuso de autoridade resultante de uma relação familiar, de tutela ou curatela, ou de dependência hierárquica, económica ou de trabalho; ou d) aproveitando-se de incapacidade psíquica ou de situação de especial vulnerabilidade da vítima é punido com pena de prisão de um a oito anos.

“A conduta de quem se dedica à prostituição não é crime; é crime a conduta de quem, nos termos referidos, “explora” a prostituição de outrem” (Patto, 2017).

Outros contornos que se salientam sobre esta temática é a tentativa de legalização da prostituição ou do trabalho sexual em Portugal. A petição que está a decorrer, diz que esta legalização só se aplica a partir dos 21 anos e que deve punir casas onde se encontrem prostitutas/os e clientes com idade inferior. Os assinantes da petição querem que seja uma profissão com descontos e regalias, com obrigatoriedade de realização de exames médicos a cada seis meses e praticada por pessoas que se encontrem legais no país. Pedese que o lenocínio seja despenalizado se não for por coação, legalizando desta forma as casas onde se pratica prostituição. Neste sentido, os peticionários, indicam que “casas de acompanhantes serão a melhor forma de garantir segurança para trabalhar, higiene e integridade física e emocional a quem se prostitui” (Davim, 2020).

2.4.2 Tipos de trabalho sexual: Exterior e Interior

Segundo (Earl et al., 2016 citado por Silva, 2013), “o trabalho sexual transcende as fronteiras do género, havendo homens e mulheres a vender e a comprar serviços”. Diversas são as formas de trabalho sexual entre elas “linhas e *chats* de carácter erótico, a casas de *strip* ou de *table dancing*, à pornografia ou à prostituição de rua ou de interior, entre tantas outras formas de intercâmbio sexual”.

Quanto ao trabalho sexual de interior podemos referir que este se desenrola em diversos locais onde as práticas, trabalhadoras, clientes, ambiente criado e respetivas

condições e preços que se pagam variam consoante o local. É notório o nível socioeconómico que existe, pelo nível de exigência e pelos preços aplicados. “Encontram-se locais luxuosos, bonitos, limpos, cuidados, com atendimento atencioso e com um serviço muito caro, mas encontram-se, também, sítios pobres, feios, sujos, claustrofóbicos, rudes e com um serviço barato” (Oliveira, 2004, p. 187).

Ainda neste contexto se pode fazer uma divisão de acordo com os serviços oferecidos, falamos assim em: bares e casas. No primeiro grupo, respetivamente, incluem-se os de alterne, de *striptease* e de saída. Já no segundo grupo, englobam-se trabalhadoras de forma independente e trabalhadoras que dependem de uma gerência. Também acontece discotecas e hotéis (não direcionados para estas práticas), acolherem prostitutas por ser aí que ocorre a sedução de clientes ou se realiza a relação previamente combinada (Oliveira, 2004, p. 187).

Realça-se que no grupo dos bares podem combinar-se serviços, por exemplo, num bar de alterne existir espetáculos de *striptease* ou as trabalhadoras saírem para terem relações sexuais com o cliente ou, noutra possibilidade os mesmos bares terem uma zona de reservados/privados que permite um contacto mais íntimo com o cliente podendo incluir desde conversas, pagamentos de bebidas, *striptease* e/ou prática sexual (com ou sem conhecimento da gerência, uma vez que esta prática pode imputar à casa a acusação de lenocínio) [Oliveira, 2004, p.189].

Figuram-se lugares de acordo com o nível socioeconómico, uns mais “pequenos, escuros e deprimentes, outros, pelo contrário são agradáveis, bem decorados e com um ambiente festivo” e em número de alternadeiras também difere, uns têm sete ou oito, outros cinquenta ou sessenta (Oliveira, 2004, p. 190).

Em contrapartida, no contexto de rua a prática que se tem vindo a explorar desenvolve-se em vários territórios da cidade, seja no centro ou na periferia.

Por norma, e no caso concreto da cidade do Porto, a prostituição na periferia acontece junto das grandes vias de acesso que vazam o tráfego de e para a cidade, mas também perto de zonas verdes como matas ou parques. Aqui a população pode divergir ou não consoante os locais, uns são mais constituídos por toxicodependentes e outros por mulheres geralmente mais velhas, não consumidoras de drogas, mas com aspeto igualmente degradado (Oliveira, 2004, pp. 196-197).

No centro das cidades, podem ser encontradas em zonas que se desertifiquem durante a noite, mal iluminadas e com arcadas e/ou árvores que deixam os passeios com pouca iluminação o que transmite a sensação de proteção de olhares mais recriminadores às trabalhadoras. Esta prática não decorre unicamente à noite, mas em horário diurno também (Oliveira, 2004, pp. 197-198).

Pela cidade podem encontrar-se prostitutas de rua distribuídas de forma organizada segundo características específicas com: idade, dependência ou não de drogas, sexo ou género e aparência física. E é devido a isso a consequente diferença de preço praticada (Oliveira, 2004, pp. 198-199).

Outra característica da prostituição de rua é a mobilidade territorial, consequência de pensões (onde prestam serviço) encerrarem, zona mais policiada que deixa de ser tão procurada pelos clientes, abertura de um estabelecimento que esteja aberto durante a noite ou o local de venda de droga passar a ser mais longe (Oliveira, 2004, p. 200).

Em suma, “não estão confinadas a guetos, não estão ocultadas dos demais cidadãos, nem sequer apenas nas margens da cidade. Estão por todo o lado, seja nos subúrbios, seja nos centros residenciais e comerciais” e prestam serviços a qualquer hora do dia (Oliveira, 2004, pp. 200-201).

Finalizando este ponto com a interação entre o/a TS e o/a cliente, nos diferentes contextos podemos referir que no contexto de rua a duração do contacto é relativamente curto limitando-se quase exclusivamente ao ato sexual negociado, contrariamente a que acontece no contexto interior onde as interações são mais diversas, recíprocas e com maior duração. O contacto sexual pode não acontecer por se viver o momento num ambiente que proporciona uma relação de maior proximidade com o cliente, tornando-se este ponto um fator de segurança/proteção para os trabalhadores deste contexto (Silva, 2013).

2.4.3 Riscos associados ao trabalho sexual

Nas I Jornadas Científicas sobre Trabalho Sexual em Portugal do CES (2014), afirmou-se que “a violência contra trabalhadores/as do sexo assume diversas formas, atinge todos os sectores da indústria do sexo e é praticada por clientes, pessoas que se fazem passar por clientes, parceiros/as, autoridades policiais ou pelo Estado”.

A maioria das pessoas que fazem trabalho sexual fá-lo em contexto de interior, no entanto, as que se prostituem em contexto de rua enfrentam riscos superiores: maior predisposição para o consumo de drogas ou práticas sexuais desprotegidas e maior exposição à violência (Wietzer, 2007 citado por Silva, 2013). O facto de não existir legislação que regule ou proíba esta atividade aumenta o risco de violência ao contrário de proteger (IJCTS, 2014).

Há estudos que indicam que 80% a 90% dessas pessoas já afirmaram ter sido vítimas de algum tipo de violência, verbal (a mais frequente) e física onde se englobam ações como bater, esmurrar, pontapear ou atirar ao chão. No contexto de interior, também se experienciam situações idênticas através de clientes ou de indivíduos que se fingem clientes (IJCTS, 2014).

Noutra perspetiva, Oliveira (2004) refere que “marginalizar as pessoas que se prostituem implica afastá-las do sistema social, invalidá-las enquanto atrizes sociais e impedi-las de exercer diversos direitos, incluindo os de cidadania”. Menciona ainda que “as prostitutas não têm voz própria, não estão associadas, estão excluídas da segurança social e do sistema fiscal e estão ainda, com frequência, privadas do seu direito a serem mães à custa de condenações morais”.

Segundo (Rekart, 2005 citado por Coutinho & Oliveira, 2014) “o uso dos princípios da redução de riscos pode ajudar a proteger as vidas dos trabalhadores do sexo da mesma forma que os toxicod dependentes têm beneficiado da redução de riscos associada ao consumo de drogas” (p. 539).

“...as mulheres que se prostituem em contexto de interior preocupam-se com a saúde. São raras aquelas que dispensam os preservativos nas suas relações sexuais comerciais, pois têm consciência da ameaça da sida e reconhecem que empreender determinadas práticas sexuais pode implicar o risco de infeção” (Oliveira, 2004).

Posto isto, mencionamos outro risco: a exposição a IST. Destacando o VIH que, por conclusão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/Sida no período de 2011 a 2015, em Portugal houve uma maior predominância em populações com comportamentos vulneráveis, entre eles: homens que têm sexo com homens (HSH), utilizadores de drogas por via injetável (UDIV) ou trabalhadores do sexo (TS) [Silva, 2013].

O risco de contágio de doenças sexualmente transmissíveis em contexto familiar, é tido como baixo na expressão da sociedade em geral ou numa perspectiva individual de muitas mulheres relativamente à prevenção do HIV (Sousa, Frota, Castro, Sousa, Kendall, Kerr, 2017, p. 425).

“Quando eu tinha namorado eu não usava [camisinha⁹] com ele não, eu fazia o teste [por causa do trabalho], dava negativo, pronto, já estava certo que ele não tinha (Benedita, 35 anos, solteira)” [Sousa et al., 2017, p. 426].

O uso do preservativo no exercício da prostituição é essencial e apesar da maioria das mulheres afirmarem usar esse método de prevenção, existem riscos inerentes a esta prática (facilidade de rasgar o preservativo, tentativas do cliente para retirar o mesmo, entre outras) que pedem estratégias de proteção alternativas. Assim sendo, é essencial construir programas educativos que abordem questões sobre o uso do preservativo, a importância do diagnóstico e sobre a saúde sexual em geral junto das trabalhadoras do sexo (Sousa et al., 2017, p. 427).

2.5 Infecções sexualmente transmissíveis

2.5.1 Definição de infeção sexualmente transmissível (IST)

“As *infecções sexualmente transmissíveis* (IST)¹⁰ encontram-se entre as causas mais comuns de doença no mundo e têm, em muitos países, vastas consequências de natureza sanitária, social e económica” (Orientações para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis [OTIST]; OMS, 2005, p. 7).

“Crê-se que as IST agudas tenham uma elevada incidência em muitos países. A incapacidade de diagnosticar e tratar as IST numa fase inicial pode ter como resultado complicações e sequelas graves” a saber, “infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro anogenital e morte prematura, bem como infeções em recém-nascidos e lactentes” (OTIST, 2005, p. 1). No entanto, com o surgimento do VIH/Sida passou-se a dar mais atenção às IST.

⁹ Termo brasileiro utilizado para designar preservativo masculino.

¹⁰ “A Organização Mundial de Saúde recomenda que o termo doença sexualmente transmissível (DST) seja substituído por infeção sexualmente transmissível (IST). O termo infeção sexualmente transmissível tem sido adotado desde 1999, por abranger melhor as infeções assintomáticas” (OTIST, 2005).

Infeções Sexualmente Transmissíveis ou IST como vulgarmente são nomeadas, “são infeções que passam de umas pessoas para as outras durante as relações sexuais. São provocadas por bactérias, vírus e parasitas que estão no sangue, sémen e outros líquidos corporais ou à superfície, na pele e mucosas da zona genital” (Associação para o Planeamento Familiar [APF], 2020).

Pode-se ser infetado com uma ou mais IST desde que se seja uma pessoa sexualmente ativa (homem ou mulher). A transmissão dá-se quer do homem para a mulher, como da mulher para o homem, basta ter relações sexuais com alguém que esteja infetado. Note-se que quem tem um único parceiro sexual durante toda a vida, também poderá ficar infetado com uma IST, ou seja, se esse parceiro tiver relações sexuais com outros(as) pessoa(s) e se infetar (APF, 2020).

Relativamente ao tempo de manifestação de uma IST, pode afirmar-se que estas podem demorar meses ou até anos a darem sinal. No entanto, quando há sintomas estes podem aparecer logo após o contacto sexual, porém, alguns sintomas desaparecem mesmo sem qualquer tratamento, mas a infeção continua no organismo, pois não há cura (APF, 2020).

Segundo a APF (2020), alguns sinais e sintomas associados a IST são: *corrimento anormal da vagina, pénis ou ânus; ardor ou dor ao urinar; feridas, bolhas ou outras lesões na área genital e/ou anal; comichão ou irritação na área genital e/ou dor na parte inferior do abdómen ou durante a relação sexual.*

2.5.2 VIH/Sida e outras IST

Vários são os tipos de IST, no entanto iremos dar destaque apenas a quatro: *Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Vírus da Hepatite B (VHB), Vírus da Hepatite C (VHC) e Sífilis.*

Vírus da Imunodeficiência Humana

“O VIH é um vírus que não se consegue multiplicar sozinho. Usa as células de defesa do sistema imunitário, chamadas células CD4, como uma fotocopiadora. As células CD4 são destruídas no processo de cópia do VIH. Ao longo do tempo, o número de cópias do VIH aumenta e o número de células CD4 reduz-se, deixando o sistema imunitário com uma resposta deficiente de defesa contra outras infeções e/ou doenças. O VIH é a causa da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida)” (Rede de rastreio, 2019).

A infeção pelo VIH é uma das IST que pode não provocar o aparecimento de sinais ou sintomas, contudo, quando se manifesta pode ser através da temperatura corporal superior a 38°C, manchas avermelhadas com relevo nas zonas do tronco e pescoço, gânglios inchados na zona lateral do pescoço e axilas, dores musculares e/ou nas articulações, dor de garganta e/ou amígdalas inflamadas e cansaço entre as primeiras 2 a 4 semanas após a infeção, período de tempo que podem durar os sintomas (Rede de rastreio, 2019).

A transmissão desta infeção é através de fluídos corporais que contenham carga viral (cópias do vírus) suficiente, como é o caso do esperma, do líquido pré-ejaculatório, dos fluidos vaginais, dos fluidos retais, do sangue e do leite materno. Posto isto, as cadeias de transmissão podem ser: partilha de material para injetar substâncias; lesão com material corto-perfurante usado em pessoas com infeção; transmissão mãe-filho (durante o parto ou amamentação); sexo anal e/ou vaginal sem usar preservativo e sexo oral com ejaculação para a boca (Rede rastreio, 2019).

“O risco de transmissão por via sexual de uma pessoa que vive com VIH, sob tratamento eficaz, e com carga viral indetetável (menos de 200 cópias/mL do vírus em circulação no sangue), há pelo menos seis meses é nulo. VIH indetetável = VIH intransmissível” (Rede rastreio, 2019).

O diagnóstico desta infeção pode ser feito através de um teste rápido de pesquisa de anticorpos (defesas) através de uma pequena amostra de sangue. Todas as pessoas

infetadas têm anticorpos ao fim de 3 meses, em períodos anteriores podem ter anticorpos insuficientes e por esse motivo ainda não são detetáveis no teste.

Relativamente aos resultados dos testes, estes podem ser *não reativos*, que indica que não existe infeção há mais de 3 meses e *reativos* que indica que houve contacto com o vírus e que implica a realização de um teste que confirma a presença do vírus no sangue (Rede de rastreio, 2019).

O tratamento desta infeção é feito por via de medicamentos para o VIH (antirretrovirais) que impedem que o VIH use as células CD4 para se copiarem. Com o tempo, a infeção estando sob tratamento antirretroviral faz com que esta diminua a carga viral até que essa fique indetetável e desta forma exista o impedimento de transmissão por via sexual ou de mãe-filho. Noutra nível, o tratamento eficaz impede que a infeção progrida para SIDA (Rede de rastreio, 2019).

Por fim, é importante referir o que previne esta infeção, nomeadamente: *o uso correto e consistente do preservativo externo (masculino) ou interno (feminino)* impede o contacto do vírus com a mucosa penetrada; *não partilhar material de consumo* (o material de consumo por via injetável esterilizado e de uso único impede a partilha de material contaminado com o vírus); *Profilaxia pós-exposição (PPE)* - “as pessoas sem infeção pelo VIH, que tenham tido uma situação de risco há menos de 72h, tomam medicamentos antirretrovirais (PPE) durante um mês, o que reduz significativamente a possibilidade do vírus estabelecer a infeção”; *Profilaxia pré-exposição (PrEP)* – “as pessoas sem infeção pelo VIH, ao tomar um comprimido diariamente que protege as células de defesa do vírus, impedem o vírus de estabelecer a infeção”; *Tratamento como prevenção ou TcP e teste regular* “o rastreio regular pode resultar na deteção e no tratamento precoces, prevenindo a transmissão da infeção. Recomenda-se o rastreio de VIH a cada 3-6 meses” (Rede rastreio, 2019).

Vírus da Hepatite B (VHB)

“É uma infeção causada pelo vírus da hepatite B (VHB). Este vírus provoca a inflamação do fígado (hepatite). Nove em cada dez pessoas com menos de 5 anos de idade infetada pelo VHB evolui para hepatite B crónica. Uma em cada dez pessoas com mais de 5 anos infetada pelo VHB evolui para hepatite B crónica. Uma em cada quatro pessoas com hepatite B crónica desenvolve problemas no fígado: nódulos fibrosos (cirrose) ou cancro” (Rede rastreio, 2019).

Cerca de seis em cada dez pessoas não apresenta sintomas, quando apresentam estes demoram em média 90 dias a aparecer após a transmissão da infeção. Nos sintomas podem incluir-se: febre, fadiga, perda de apetite, náuseas, vómitos, dor abdominal, fezes acinzentadas ou brancas, dores nas articulações, urina escura e pelo ou olhos amarelados (icterícia) (Rede rastreio, 2019).

Esta infeção transmite-se sobretudo por contacto de sangue, no entanto numa fase inicial (primeiras 24 semanas) pode transmitir-se por contacto com esperma, secreções vaginais e saliva. Sabe-se que o VHB fora do organismo sobrevive durante uma semana e mantém a capacidade de transmissão. Desta forma, a infeção transmite-se: *de mãe para filho durante o parto; partilha de material injetável (drogas); lesão em contexto laboral com material corto-perfurante usado por pessoas infetadas; práticas sexuais sem o uso de preservativo; partilha de material que possa conter sangue e/ou saliva* (Rede rastreio, 2019).

Quanto ao diagnóstico, este é realizado através de um teste rápido para o VHB que pesquisa antigénios (parte do vírus) numa amostra de sangue. Todas as pessoas infetadas têm antigénios ao fim de 2 meses. À semelhança do que foi supracitado, o resultado não reativo indica que não houve infeção há mais de 2 meses, já o resultado reativo indica a existência de infeção, mas não determina a fase em que se encontra, se aguda ou crónica. O teste de confirmação da infeção é feito pela pesquisa do vírus no sangue (Rede rastreio, 2019).

O tratamento nas pessoas com hepatite B crónica consiste na toma de medicamentos contra o vírus prevenindo a evolução para cancro do fígado. Em contrapartida, grande parte das pessoas adultas infetadas (nove em cada dez) resolvem a infeção sem tratamento (Rede rastreio, 2019).

A prevenção nesta infeção passa pela *vacinação* (três doses de vacina contra o VHB, gratuita para todas as pessoas em risco e não vacinadas); *não partilhar material de consumo; não partilhar material de higiene pessoal que possa conter sangue* e realizar *teste regularmente* (Rede rastreio, 2019).

Vírus da Hepatite C (VHC)

“A hepatite C é uma infeção viral provocada pelo vírus da hepatite C. Este vírus provoca a inflamação aguda do fígado (hepatite). A infeção pelo VHC não tratada pode originar o desenvolvimento de nódulos fibrosos (cirrose) ou cancro (carcinoma hepatocelular)” (Rede rastreio, 2019).

É uma infeção que não apresenta sintomas nas pessoas quando recentemente infetadas, podendo levar anos a manifestar-se. Os sintomas não são específicos, mas podem incluir: febre, diarreia, dor de estômago, comichão, cansaço, mal-estar e com menos frequência, urina escura, fezes esbranquiçadas e olhos e pele amarelados (Rede rastreio, 2019).

A forma de transmissão é sobretudo por contacto de sangue contaminado, a saber: *partilha de agulhas e seringas para injeção de drogas; partilha de palhinha ou tubo para snifar drogas; prática de sexo anal (penetração ou “fisting”¹¹ com presença de sangue) sem uso de preservativo; práticas sexuais sem uso de preservativo com parceiro com teste reativo para o VHC recente ou que é VHC positivo; partilha de material de punção para tatuagens e “piercings” e partilha de material que possa conter sangue (exemplo: escovas de dentes ou lâminas de barbear)* [Rede rastreio, 2019].

O diagnóstico é igual ao do VIH e do VHB abordado anteriormente, no entanto, a pesquisa nesta infeção é a de anticorpos contra o VHC. No caso de o rastreio ser positivo, indica que houve contacto com o vírus, mas não que a infeção esteja ativa (esta só é feita através da pesquisa do vírus no sangue) [Rede rastreio, 2019].

No que concerne ao tratamento este é feito através de uma combinação de medicamentos ativos contra este vírus e tem duração variável (Rede rastreio, 2019).

¹¹ Prática sexual que inclui a inserção da mão ou antebraço na vagina ou no ânus.

A prevenção passa por: *não partilhar material para a prática do consumo de drogas, não partilhar objetos de uso pessoal cortantes e usar preservativo nas práticas de sexo anal e luva de látex nas de “fisting”* (Rede rastreio, 2019).

Sífilis

“É uma infeção de transmissão sexual causada pela bactéria *Treponema pallidum*” (Rede rastreio, 2019).

A infeção manifesta-se em três fases (primária, secundária e terciária), não havendo tratamento na fase anterior, ela evolui para a fase seguinte. Na primeira fase, uma ou mais feridas indolores surgem na zona onde a bactéria entrou (boca, pénis, vagina ou ânus), podendo estar à vista (externa) e não estar à vista (interna). As feridas curam entre 3 a 6 semanas de forma espontânea. Alguns sinais a ter em atenção são o inchaço dos gânglios linfáticos circundantes (pescoço ou virilhas) [Rede rastreio, 2019].

Na segunda fase, com feridas expostas ou já cicatrizadas aparecem manchas vermelhas acastanhadas na pele, normalmente nas palmas das mãos e nas plantas dos pés aliados ou não a uma sensação de mal-estar, febre, gânglios inchados e dor de cabeça.

Na terceira e última fase, aparecem lesões no coração, cérebro e sistema nervoso após alguns anos, e pode não existir qualquer sintoma entre esta e a segunda fase (Rede rastreio, 2019).

Relativamente à transmissão da sífilis esta é através do contacto sexual, independentemente da prática (sexo oral, vaginal ou anal) e de aparentemente não se terem sintomas. Durante a gravidez também pode existir transmissão (da grávida para o bebé).

O diagnóstico à semelhança das infeções supramencionadas é realizado através de um teste rápido à sífilis que pesquisa os anticorpos numa amostra de sangue. Todas as pessoas infetadas têm anticorpos ao fim de três meses. Nos resultados, o não reativo indica que não existe infeção há mais de três meses e o reativo indica que houve contacto com a sífilis mas não uma infeção antiga/tratada de uma infeção atual/por tratar, para esse efeito terá de se realizar uma análise de sangue para detetar a bactéria no sangue (Rede rastreio, 2019).

Após ser identificada a infeção o tratamento é feito com antibiótico, abster-se de ter relações sexuais até ao 7º dia após o início do antibiótico (impede a transmissão da

infecção). Parceiros sexuais de pessoas diagnosticadas com sífilis, após o rastreio, têm direito a fazerem o tratamento ao mesmo tempo uma vez que dessa forma evitam a reinfeção (Rede rastreio, 2019).

A prevenção passa pela *utilização do preservativo em todas as práticas sexuais* (incluindo no sexo oral aquando o tratamento da sífilis está a ser realizado – 7 dias) e realizar *teste regularmente* a cada 3 ou 6 meses dependendo de cada caso (Rede rastreio, 2019).

Conclui-se que a melhor forma de prevenir as IST é a abstinência, no entanto, existem outras formas de prevenção como é o caso da utilização do preservativo externo (masculino) ou interno (feminino); a não partilha de material de consumo de drogas; a não partilha de material corto-perfurante ou de higiene pessoal que possa conter sangue. No caso do VIH a toma da PPE ou da PrEP para a referida infeção e no caso do VHB a vacinação.

Também é bastante importante realizar rastreios às IST, através de testes rápidos que procurem anticorpos ou bactérias em amostras de sangue. Devem ser realizados em média de 3 em 3 meses.

Capítulo III - Atividades desenvolvidas

3.1 Associação Existências

3.1.1 Projeto Adão e Eva II

No âmbito do projeto Adão e Eva II que tem como objetivo “promover a diminuição dos riscos de infeção por VIH e outras IST” (Associação Existências, 2019, p.7) as atividades desenvolvidas durante o período de estágio foram maioritariamente através da metodologia de *outreach*. Realizaram-se deslocações em equipas compostas por dois ou três elementos a contextos onde se pratica trabalho sexual, nomeadamente, contextos de interior (apartamentos e clubes na zona de Coimbra, Figueira da Foz e arredores) e contextos de rua (estradas nacionais nas redondezas de Coimbra e da Figueira da Foz, bem como a Avenida Fernão Magalhães em horário noturno).

Todas as intervenções eram diferentes, porém com o mesmo propósito. O processo desenvolve-se com início na Associação, onde um elemento da equipa técnica contacta os/as TS por meio dos anúncios de oferta de serviços em jornais locais e/ou de sites da internet. Após a chamada é feito o registo numa folha indicando se há interesse ou não por parte da pessoa contactada em receber uma “visita” da Associação. Se houver, são registadas as informações mais relevantes como o nome (verdadeiro ou fictício/trabalho) e morada. Existe também a possibilidade de o contacto ser feito de forma inversa, ou seja, o/a TS é que liga ou vai presencialmente à Associação (caso mais raro).

Neste seguimento, a equipa técnica que é multidisciplinar vai ao local onde está o/a TS: apresenta-se, dá a conhecer a Associação e explica os objetivos da mesma (caso a pessoa não conheça) e em seguida, numa abordagem que prima pela informalidade, presta apoio psicossocial, promove a literacia sobre o VIH/Sida e outras IST, sensibiliza para o uso do preservativo e deixa material informativo e de prevenção: preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante. Esclarece também questões, dúvidas e auxilia o/a TS caso este/a solicite. No caso de não saberem colocar o preservativo feminino, e demonstrarem interesse em fazê-lo, instrui-se nesse sentido. Ainda nesta intervenção, promove-se de forma ativa a realização do teste de rastreio a IST, a saber: VIH, Hepatites B e C e Sífilis.

No caso de um teste ter resultado reativo, a pessoa em questão é referenciada e encaminhada para estruturas de saúde formais (com o seu consentimento) e, a partir daí, consoante a vontade da mesma pode ser acompanhada por elementos da equipa.

O procedimento em contexto de rua é idêntico, no entanto não há possibilidade de realizar os rastreios, contudo sensibiliza-se para a realização dos mesmos ou na Existências ou noutro local de rastreio comunitário.



Figura 2. Material de prevenção distribuído

Neste projeto também se interveio junto dos consumidores de drogas, por via injetável e não injetável. Realizaram-se equipas de rua à noite onde além do contacto com TS se interagiu com alguns UD. Com eles faz-se a troca de seringas: por cada X seringas entregues, recebem X número de *Kits* com material assético para o consumo de drogas.

Quando solicitado e demonstrado interesse dá-se apoio e encaminha-se alguns destes UD para clínicas de reabilitação de dependências ou algo semelhante. E, sempre que possível, sensibiliza-se para os riscos do consumo de SPA e para os métodos de prevenção.

Depois de cada intervenção, independentemente do contexto, preenche-se uma grelha de campo com o “nome, tipo de utente, identidade sexual, consumos, VIH Sida, apoio psicossocial, teste, triagem clínica, encaminhamento, número de preservativos masculinos, femininos, gel/kit, folhetos e local” (Anexo 1).



Figura 3. Kit com material assético para o consumo de drogas

Por fim, surgiu a oportunidade de fazer uma formação designada “Treino Inicial da Rede de Rastreios” certificada pelo GAT que lhes permitiu realizar os rastreios a IST.

Os testes rápidos eram realizados em contexto de interior com os/as TS ou na sede da AE com população geral, HSH, TS ou UD que se deslocassem até lá. Antes de tudo era preenchido um questionário (Anexo 2) que permite fazer a triagem dos testes elegíveis e perceber se houve ou não algum comportamento de risco, informar sobre a existência da PrEP e da PPE, entre outras coisas. Seguido do procedimento do teste que indica passado uns minutos o resultado (reativo ou não reativo). No caso de o resultado ser reativo, como mencionado anteriormente, se a pessoa rastreada permitir, faz-se o encaminhamento.

No fim do teste, esclarecem-se dúvidas, sensibiliza-se para o uso do preservativo oferecendo alguns.

Tabela 1. Total de atividades realizadas no âmbito do Projeto Adão e Eva II

PROJETO ADÃO E EVA II	Nº EQUIPAS PARTICIPADAS
Interior	50
Exterior	5
Figueira da Foz	7
Nacional (Coimbra)	6
Clubes	8
Total	76

3.1.2 Projeto Nov'Ellos

No projeto Nov'Ellos o foco está direcionado para “prevenir e promover a redução de riscos e minimizar danos associados ao consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), essencialmente em ambientes recreativos” (AE, 2019, p. 14).

De modo a cumprir o objetivo, equipas de dois ou três elementos, em média uma vez por semana, deslocavam-se a ambientes recreativos da cidade de Coimbra, como é o caso dos cafés/bares da Praça da República e da Sé Velha e, juntos daqueles que estavam no interior ou exterior desses espaços, sensibilizavam para os riscos de SPA, para a realização de testes rápidos a IST, promoviam a literacia sobre estes temas esclarecendo dúvidas que existiam por parte de quem era abordado, distribuíam preservativos (masculinos e femininos) e desdobráveis com informações sobre a temática supramencionada (Anexo 3).

Eram, também, deixados desdobráveis e preservativos masculinos em zonas estratégicas desses estabelecimentos para que qualquer pessoa pegasse, lesse e/ou levasse, com o consentimento do dono/gerente do espaço.

À semelhança do que acontece no fim de se intervir no projeto Adão e Eva II, aqui também se preenche uma grelha de campo (Anexo 4) onde se descreve os locais da intervenção, o número de material informativo e preventivo deixado e se descreve alguma situação relevante.

Tabela 2. Total de atividades realizadas no âmbito do Projeto Nov'Ellos

	Nº EQUIPAS PARTICIPADAS
Projeto Nov'Ellos	10
Total	10

3.1.3 Rastreios na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Repúblicas Universitárias de Coimbra, Estação de Comboios (Coimbra A), Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra e *Street Store*

Estas atividades tiveram como intuito a sensibilização para a realização de rastreios a IST's. A AE foi até estes locais:

- ✓ Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra (ISCAC) – 3 de dezembro de 2019 (Anexo 5);
- ✓ FPCE-UC em parceria com o GAE - dias 17 de dezembro de 2019 e 18 de fevereiro de 2020 (Anexo 6);
- ✓ Estação de Comboios (Coimbra A) – 24 de janeiro de 2020 (Anexo 7);
- ✓ Repúblicas Universitárias de Coimbra – vários dias (Anexo 8);
- ✓ Street Store - 11 de julho de 2020 (Anexo 9).

Nestes locais houveram sensibilizações sobre o tema do VIH e outras IST, uso do preservativo e importância de realizar rastreios com frequência. O processo dos testes de rastreio seguia o mesmo protocolo de sempre. Os rastreios eram realizados a todos os que se dirigissem ao local destinado para o efeito, de livre vontade.

A único destaque vai para um “Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo” que decorreu no dia 18 de fevereiro, e que contou com a participação de 40 pessoas da comunidade académica da UC que aceitou ser inquirida.

No caso da atividade *Street Store* a AE foi parceira da Associação Académica de Coimbra (AAC), promotora desta iniciativa que tem como finalidade proporcionar um dia diferente a populações com mais necessidades e dificuldades financeiras.

Nesse dia, foram-lhe servidas refeições ao longo de todo o dia, puderam levar roupas e bens pessoais, assistiram a uma atuação da secção de fado da AAC e com o contributo da AE tiveram a oportunidade de realizar testes rápidos a IST.

3.1.4 Formação de Treino Inicial da Rede de Rastreio

No seguimento do projeto *Adão e Eva II*, e como referido anteriormente, a estagiária teve a oportunidade de realizar nos dias 20, 21 e 22 de julho, uma formação certificada pelo GAT, designada “Treino Inicial da Rede de Rastreios”. Esta teve como objetivos: informar sobre as infeções de VIH, VHC, VHB e Sífilis; aprender a triar as pessoas para selecionar os testes indicados; capacitar para a execução dos testes e habilitar para ligar as pessoas aos cuidados de saúde apropriados ao(s) seu(s) estatuto(s) serológico(s) [Anexo 10].

3.1.5 Formação de Gestão e Motivação de Voluntariado

Participou-se numa formação certificada de “Competências de Alto Desempenho na Gestão e Motivação de Voluntariado”, com duração de 24 horas, realizada entre os dias 9 e 18 de setembro. Os objetivos da mesma eram: “saber como desenvolver competências de alto desempenho em pessoas e equipas; dominar a comunicação, a negociação e a inteligência emocional e contextual; saber estabelecer um plano individual e de equipa para desenvolver competências e, por último, saber aplicar técnicas de alto desempenho em ambientes de gestão de projeto” (Anexo 11).

3.1.6 Trabalho administrativo

Na sede da AE desenvolvia-se trabalho administrativo. Era lá que se preparava o material para cada equipa, preenchiam as grelhas após cada intervenção, atendiam e efetuavam telefonemas, realizavam atas de reuniões e se contribuía para melhorar materiais utilizados em intervenções (ex. redução do questionário do teste).

3.2 Atividades paralelas

3.2.1 Projeto Cores Univers@s

O Projeto Cores Univers@s é um “projeto de aconselhamento e apoio psicológico nas questões de diversidade e orientação sexual, identidade e expressão de género. Temáticas LGBTQI+” (GAE, FPCEUC, 2020)

No âmbito do Projeto Cores Univer@s, com organização do GAE e juntamente com o Observatório da Cidadania e Intervenção Social (OCIS) da FPCE-UC, participou numa conferência intitulada *Preconceito contra a diversidade sexual e de género no Brasil: Pesquisas sobre vítimas e agressores*, no dia 15 de julho de 2019 (Anexo 12).

Além disso, na valência de investigação que este Projeto engloba, contou-se com a colaboração das estagiárias na preparação do Protocolo de investigação e na recolha de dados, no âmbito do *Estudo sobre Diversidade Sexual e de Género: Educação, Direitos Humanos e Cidadania*, da responsabilidade da professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro e da Doutora Cristiana Carvalho.

3.2.2 Exposição “Pessoas, Histórias e Memórias – TRANS 20” e *Workshop* “Des/Fazendo Géneros”

No dia 20 de novembro de 2019, realizou-se nos claustros da FPCEUC uma exposição com o mote *Pessoas, Histórias e Memórias – TRANS 20*, com o intuito de assinalar os 20 anos do Dia Internacional da Memória Trans. A exposição esteve exposta desde o dia 20 de novembro até ao dia 6 de dezembro. No dia de inauguração da exposição alguns discentes e docentes deram voz às 20 imagens expostas e contaram a história pessoal, política ou cultural de cada uma delas, criando assim um roteiro (Anexo 13).

Ainda no dia deste marco histórico e no seguimento desta temática, foi realizado um *workshop*, intitulado *Des/Fazendo Géneros*, dinamizado por Tatiana Motterle.

3.2.3 Participação na aula de Educação para a Saúde

Com o intuito de dar a conhecer a AE e explicar qual o papel de um Técnico Superior de Educação na mesma, a convite da professora Doutora Maria do Rosário Pinheiro participou-se numa aula da unidade curricular *Educação para a Saúde*.

Nela apresentou-se a instituição de estágio, inteirou-se a turma sobre o papel desempenhado por um técnico superior de educação, esclareceram-se dúvidas e clarificaram-se curiosidades em volta do seu estágio (Apêndice 1).

É de salientar que já se tinha estado/conversado com a turma, anteriormente, com a intenção de sensibilizar para a realização de rastreios a IST que viriam a decorrer na FPCEUC passado uns dias. Na mesma data, também foi distribuído material de prevenção (preservativos masculinos e femininos) e folhetos da Associação.

3.2.4 Participação aulas de Dinâmicas de Grupo em Educação e Formação

Presenciou-se algumas aulas da unidade curricular “Dinâmicas de grupo em Educação e Formação”, do terceiro ano da licenciatura em Ciências da Educação, para ajudar em diversas dinâmicas relacionadas com questões de género, promovidas por alunas da mesma unidade curricular e participou-se de igual modo numa atividade que decorreu numa dessas aulas que deu a conhecer o Projeto Mediadores Municipais e Interculturais (Anexo 14).

3.2.5 Semana da saúde

A semana da saúde tem vindo a fazer parte do calendário da FPCE-UC já há alguns anos, é uma ocasião de “Promoção da Saúde e Bem-estar físico, mental e social, e, ainda, de desenvolvimento de várias competências nas áreas da Educação para a Saúde, Direitos Humanos, Cidadania, Igualdade de Género, Organização Pessoal e Académica e Relações Saudáveis” (GAE FPCEUC, 2017). Este ano envolveu a temática da Pandemia Covid-19, por ser o assunto do momento a nível mundial, dando origem ao título *Saúde com a*

deVIDA distância (Anexo 15). Decorreu nos dias 22 e 29 de maio e 5 de junho de 2020, através de *webinares* e fóruns por via da plataforma *Zoom*.

O cartaz foi preenchido com conteúdos sobre tráfico de seres humanos, saúde e direitos humanos, estratégias e recursos para usar em confinamento e com a perspetiva de duas associações (AKTO – Direitos humanos e democracia e Associação Existências) em relação às suas intervenções durante e após Covid-19.

Nesta semana vários foram os oradores que deram a conhecer os seus projetos e respetivas perspetivas sobre os conteúdos supracitados. Puderam ouvir-se duas estagiárias do mestrado em Ciências da Educação que deram o seu parecer a respeito das suas intervenções nas respetivas associações onde realizaram estágio curricular.

3.2.6 Formação “Invest em Ti”

Outra formação que contou com a presença da estagiária foi a *Invest em Ti*. Realizou-se no GAE da FPCE-UC nos dias 8, 15 e 22 de novembro de 2019 e foi dinamizada pela Dr.^a Isabel Keating, Psicóloga no gabinete supramencionado.

Tinha como objetivos: “aumentar a qualidade das respostas no atendimento e na relação de ajuda; identificar aspetos individuais envolvidos no atendimento; treinar novos recursos pessoais e interpessoais; melhorar a relação de ajuda e melhor responder às solicitações que surgem de forma imprevista”. Com vista a alcançar estes pontos a decorreram jogos, dinâmicas de grupo e demonstração e *role-play* de competências.

Capítulo IV - Projeto de Investigação

Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo

Origem do estudo

No âmbito do projeto de investigação do presente mestrado, juntamente com a realização do estágio curricular na Associação Existências, surgiu a ideia de aliar os conhecimentos adquiridos ao longo do mesmo e pensar numa forma de contribuir para a sensibilização em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis, ao uso do preservativo e à realização de rastreios a IST.

Neste sentido, surge o presente projeto intitulado *Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo*, que pretende numa primeira fase inquirir a comunidade académica da UC, de forma a perceber qual o nível de literacia sobre o VIH/SIDA e quais as suas atitudes perante o uso do preservativo. Numa segunda fase, pretende sensibilizar para as mesmas questões.

Assim, o principal objetivo do estudo é analisar os conhecimentos e atitudes de estudantes da UC sobre o VIH/Sida e a utilização do preservativo.

Metodologia

Como meio de recolha de dados foi usado o questionário visto que se pretendia avaliar o nível de conhecimentos dos estudantes em relação à infeção pelo VIH/Sida e avaliar a atitude favorável em relação ao uso do preservativo.

O questionário era composto por uma breve introdução que contextualizava o âmbito do estudo e convidava a participar nele de forma voluntária. Em seguida, encontrava-se uma parte dedicada aos dados sociodemográficos, entre eles: idade, género com que se identifica, nacionalidade, curso, ano, instituição e tinha ainda uma pergunta sobre realização de testes rápidos (que variou consoante o questionário aplicado, se presencial ou online).

Passada a parte inicial, inquiriu-se através do *Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (Varela & Pinheiro, 2008)*, composto por 28 perguntas de Verdadeiro (V) e Falso (F) e através da *Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo (EMARUP) [Neto, 2004]*, onde os inquiridos exprimiam o seu grau de

acordo e desacordo numa escala de 1 a 7, sendo: 1- Fortemente em desacordo; 2- Em desacordo; 3- Ligeiramente em desacordo; 4- Nem em acordo, nem em desacordo; 5- Ligeiramente em desacordo; 6- De acordo e por último, 7- Fortemente em acordo, perante 26 afirmações.

No total 81 alunos da UC preencheram o questionário (Apêndice 2) uns em modo presencial no dia em que se realizaram rastreios na FPCEUC e outros em modo não presencial (online). Nestas duas amostras podemos identificar-se 3 grupos: 1- *Realizaram rastreio e responderam online*; 2- *Realizaram rastreio e responderam na FPCE* e 3- *Nunca realizaram rastreio e responderam online*.

Para analisar os dados que foram recolhidos utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. Os itens do Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA permitiram o somatório de pontuação, fazendo um total possível de 28 pontos. Previamente, recodificaram-se os valores a atribuir a cada item, sendo que por cada resposta correta se atribuía 1 ponto e 0 por resposta incorreta ou não respondida. O que indicava que quanto maior fosse a pontuação, maior era o nível de conhecimento.

Na EMARUP, procedeu-se de forma similar, diferenciando-se pelos itens que foram cotados de forma inversa (7- Fortemente em desacordo; 6- Em desacordo; 5- Ligeiramente em desacordo; 4- Nem em acordo, nem em desacordo; 3- Ligeiramente em desacordo; 2- De acordo e 1- Fortemente em acordo), quando as afirmações não indicavam ser favoráveis ao uso do preservativo. Desta forma, mais pontuação traduz-se em mais atitudes favoráveis.

Resultados e Discussão dos dados recolhidos

Após os procedimentos mencionados anteriormente, podem extrair-se as seguintes conclusões:

Numa amostra de 81 sujeitos, 17 realizaram rastreio e responderam online, 38 realizaram rastreio e responderam na FPCEUC e 26 nunca realizaram rastreio e responderam online.

Entre estes grupos pretendeu-se verificar o nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA e com base na seguinte tabela verificou-se que esse nível é muito semelhante, não havendo nenhum grupo que se destaque significativamente. A média dos grupos que já realizaram rastreios em algum momento da vida é muito próxima entre si ($M=23,52$,

DP=2,88; M=23,69, DP=1,56) e superior à do grupo de indivíduos que nunca realizou rastreio (M=22,58, DP=1,98).

Em relação ao número máximo de respostas certas, verifica-se que só no 1º grupo alguém respondeu corretamente a todas as questões, fazendo um total de 28 respostas certas. Seguido do 2º grupo com um máximo de 27 e por último, o 3º grupo com o máximo de 26 respostas certas.

Já no mínimo de respostas certas, não se verifica o mesmo que anteriormente. Neste ponto, existe uma igualdade entre o 2º e 3º grupos com um mínimo de 18 respostas certas e uma superioridade destes em relação ao 1º grupo que só aponta no mínimo 16 respostas corretas.

Tabela 3. Estatísticas descritivas para o total de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (n=81)

	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
Realizaram rastreio e responderam online	17	23,5294	2,87484	22,0513	25,0075	16,00	28,00
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	38	23,6842	1,56145	23,1710	24,1974	18,00	27,00
Nunca realizaram rastreio e responderam online	26	22,5769	1,98339	21,7758	23,3780	18,00	26,00
Total	81	23,2963	2,06425	22,8399	23,7527	16,00	28,00

Tabela 4. Análise de variância das respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (n=80)

Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA

	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Entre Grupos	20,097	2	10,048	2,443	,094
Nos grupos	320,792	78	4,113		
Total	340,889	80			

Tabela 5. Comparações múltiplas entre as respostas dos três grupos ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA

Variável dependente: Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA Total

Scheffe

(I) Grupo de resposta	(J) Grupo de resposta	Diferença média (I-J)	Desvio Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Realizaram rastreio e responderam online	Realizaram rastreio e responderam na FPCE	-,15480	,59174	,966	-1,6315	1,3219
	Nunca realizaram rastreio e responderam online	,95249	,63254	,327	-,6260	2,5310
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	Realizaram rastreio e responderam online	,15480	,59174	,966	-1,3219	1,6315
	Nunca realizaram rastreio e responderam online	1,10729	,51615	,107	-,1808	2,3953
Nunca realizaram rastreio e responderam online	Realizaram rastreio e responderam online	-,95249	,63254	,327	-2,5310	,6260
	Realizaram rastreio e responderam na FPCE	-1,10729	,51615	,107	-2,3953	,1808

Na análise de variância do somatório de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA verifica-se que o nível de significância é superior a 0.05, o que traduz a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito aos conhecimentos sobre VIH/SIDA.

Tabela 6. Média de respostas nos três grupos ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA

Scheffe^{a,b}

Grupo de resposta	N	Subconjunto para alfa = 0.05 1
Nunca realizaram rastreio e responderam online	26	22,5769
Realizaram rastreio e responderam online	17	23,5294
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	38	23,6842
Sig.		,171

São exibidas as médias para os grupos em subconjuntos homogêneos.

a. Usa o Tamanho da Amostra de Média Harmônica = 24,272.

b. Os tamanhos de grupos são desiguais. A média harmônica dos tamanhos de grupos é usada. Os níveis de erro de Tipo I não são garantidos.

Tabela 7. Total de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA

N	Válido	81
	Omisso	0

Através da Tabela 5, podemos afirmar que todos os inquiridos responderam a todas as perguntas do Questionário de Conhecimentos. E que, de acordo com a Tabela 6, a maioria das pessoas acertou entre 23 e 25 questões corretamente. O número mínimo de respostas corretas foram 16 e corresponde a uma pessoa e o máximo foram 28, a totalidade de respostas corretas e também corresponde a apenas uma pessoa.

Tabela 8. Frequência de respostas ao Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	16,00	1	1,2	1,2	1,2
	18,00	2	2,5	2,5	3,7
	19,00	1	1,2	1,2	4,9
	20,00	3	3,7	3,7	8,6
	21,00	6	7,4	7,4	16,0
	22,00	9	11,1	11,1	27,2
	23,00	18	22,2	22,2	49,4
	24,00	18	22,2	22,2	71,6
	25,00	15	18,5	18,5	90,1
	26,00	6	7,4	7,4	97,5
	27,00	1	1,2	1,2	98,8
	28,00	1	1,2	1,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Relativamente à Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo (EMARUP), que pretende avaliar as **atitudes favoráveis** em relação ao uso do preservativo, podemos concluir que no grupo que nunca realizou rastreio e respondeu online existe maior concordância, isto é, têm atitudes mais favoráveis em relação ao uso do preservativo, comparativamente aos outros dois grupos.

Tabela 9. Total de respostas à Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo

Descritivos

Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo total

	N	Média	Desvio Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo
				Limite inferior	Limite superior		
Realizaram rastreio e responderam online	17	87,1765	8,26314	82,9280	91,4250	76,00	111,00
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	38	83,8158	7,75941	81,2653	86,3662	66,00	99,00
Nunca realizaram rastreio e responderam online	26	90,9615	10,93794	86,5436	95,3795	65,00	110,00
Total	81	86,8148	9,42220	84,7314	88,8982	65,00	111,00

Tabela 10. Comparações múltiplas entre as respostas dos três grupos à EMARUP

Comparações múltiplas

Variável dependente: Escala Multidimensional de Atitudes em Relação ao Uso do Preservativo total
Scheffe

(I) Grupo de resposta	(J) Grupo de resposta	Diferença média (I-J)	Desvio Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Realizaram rastreio e responderam online	Realizaram rastreio e responderam na FPCE	3,36068	2,62465	,444	-3,1892	9,9105
	Nunca realizaram rastreio e responderam online	-3,78507	2,80563	,407	-10,7865	3,2164
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	Realizaram rastreio e responderam online	-3,36068	2,62465	,444	-9,9105	3,1892
	Nunca realizaram rastreio e responderam online	-7,14575*	2,28938	,010	-12,8589	-1,4326
Nunca realizaram rastreio e responderam online	Realizaram rastreio e responderam online	3,78507	2,80563	,407	-3,2164	10,7865
	Realizaram rastreio e responderam na FPCE	7,14575*	2,28938	,010	1,4326	12,8589

*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Tabela 11. Média de respostas dos três grupos à EMARUP

EMARUP total

Scheffe^{a,b}

Grupo de resposta	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
Realizaram rastreio e responderam na FPCE	38	83,8158	
Realizaram rastreio e responderam online	17	87,1765	87,1765
Nunca realizaram rastreio e responderam online	26		90,9615
Sig.		,433	,346

São exibidas as médias para os grupos em subconjuntos homogêneos.

a. Usa o Tamanho da Amostra de Média Harmônica = 24,272.

b. Os tamanhos de grupos são desiguais. A média harmônica dos tamanhos de grupos é usada. Os níveis de erro de Tipo I não são garantidos.

Tabela 12. Média de respostas aos diferentes questionários

Estatística Descritiva

	Média	Desvio Padrão	N
Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA Total	23,2963	2,06425	81
EMARUP Total	86,8148	9,42220	81

Tabela 13. Correlação entre o Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA e a EMARUP

Correlações

		Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA Total	EMARUP Total
Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA Total	Correlação de Pearson	1	-,153
	Sig. (2 extremidades)		,174
	N	81	81
EMARUP Total	Correlação de Pearson	-,153	1
	Sig. (2 extremidades)	,174	
	N	81	81

Analisando a correlação entre o Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA e a EMARUP, conclui-se que não existe tendência para que quando aumenta o conhecimento, aumentem também as atitudes favoráveis em relação ao uso do preservativo.

Posto isto, recorreu-se à análise dos resultados da investigação realizada no âmbito de estágio na Associação Existências, intitulada *Levantamento de Necessidades de Informação sobre Testes de Rastreio VIH/SIDA e outras IST*, concretizada por Joana Martins em 2017, por esta analisar questões pertinentes passíveis de comparação com o presente estudo. Desta forma Martins (2017, p. 85), afirma que perante a análise de dados efetuada, a maioria dos estudantes inquiridos (92,1%) refere que a realização de testes de despistagem à infeção pelo VIH é a única forma de saberem que estão ou não infetados.

Estes resultados são consonantes com os obtidos no *Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo*, tendo 95% da amostra considerado que “ A única forma de se saber se nos encontramos infetados é realizar o teste do VIH/SIDA” (Apêndice 2).

Em suma Martins (2017), refere que “os conhecimentos sobre a infeção VIH são diferentes dos conhecimentos sobre testes VIH. Quanto mais conhecimentos sobre a infeção, mais conhecimentos os jovens possuem sobre os testes VIH” (p. 90). Resultados similares foram obtidos no presente estudo, no entanto, tal não se traduz necessariamente em atitudes favoráveis em relação ao uso do preservativo.

Conclusão

Com o presente estudo conclui-se que no Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA, apesar do número de respostas corretas não ser muito elevado, todos os sujeitos inquiridos acertam mais de metade das perguntas, independentemente do grupo em que se inserem.

Não se identifica uma grande discrepância em relação à média de respostas certas em cada grupo. E pode afirmar-se que a média de respostas certas é 23, num total de 28 questões.

Relativamente à EMARUP, a principal conclusão é que o grupo que nunca realizou rastreio e respondeu online é o que indica ter atitudes mais favoráveis em relação ao uso do preservativo.

Posto isto, afirmamos que quem realiza rastreios a IST, apesar de ter algum conhecimento sobre o tema, não é quem indica ter as atitudes mais favoráveis em relação ao uso do preservativo e consequentemente está mais exposto a comportamentos de risco.

Em outra perspetiva, a partir da análise das respostas à pergunta sobre o motivo de nunca ter realizado rastreio a maioria dos inquiridos responde que nunca precisou ou nunca sentiu necessidade de o fazer, isto pode ser explicado pela posição favorável que possui em relação ao preservativo.

Importa finalizar com a seguinte nota: deve realizar-se rastreios a IST com regularidade e o preservativo tem uma taxa de eficácia muito elevada sempre que utilizado corretamente.

Considerações Finais

Fazendo uma retrospectiva e verificando todo o trabalho desenvolvido ao longo destes meses de estágio curricular pode concluir-se que, nesse tempo desenvolve-se o perfil como profissional na área das Ciências da Educação. Adquiriram-se novos conhecimentos e competências, aumentou-se o sentido de responsabilidade, desenvolveu-se o compromisso ético, aumentou-se a capacidade de comunicação, demonstrou-se o espírito de equipa e de iniciativa e houve uma adaptação a novas situações/contextos mostrando respeito pela diversidade e multiculturalidade.

A temática de estudo foi, essencialmente, na promoção e prevenção da saúde na área do VIH, da saúde sexual e reprodutiva e das dependências (consumo de substâncias psicoativas), por ser nessas áreas que a instituição de acolhimento intervém, junto de públicos vulneráveis.

Foi nesses públicos que se realizaram e continuam a realizar intervenções preventivas com vista a redução de riscos e minimização de danos, adotando uma abordagem de proximidade.

Além das competências adquiridas e/ou aperfeiçoadas com as intervenções na Associação, existiram outros eventos como: formações, *workshops*, seminários, conferências e *webinars* que contribuíram para enriquecimento pessoal e profissional.

Neste sentido, o estudo desenvolvido, também contribuiu para a familiarização com os procedimentos que compõem uma investigação.

Com o término deste período é possível concluir que a experiência foi positiva por permitir uma evolução pessoal, social e profissional, onde se conseguiram alcançar todos os objetivos propostos com empenho. E salienta-se a confiança e liberdade dada pela Associação que sempre permitiu o envolvimento nas suas atividades e projetos.

Finalizando, deixa-se a nota que, apesar de ter sido um ano adverso devido à pandemia Covid-19, também ela, foi motivo para se perceber o grande papel da Educação na sociedade e seu impacto. A Educação deve estar em todo o lado. Nesse sentido, com o panorama atual, tomou-se a decisão de realizar voluntariado na Associação Existências com o intuito de dar o seu contributo em tempos de pandemia.

Referências bibliográficas

Andrade, P., Carapinha, L., Sampaio, M., Shirley, S., Rodrigues, I. & Silva, M. (2007). *Para Além do Espelho. A Intervenção de Proximidade nas Toxicodependências*. Revista Toxicodependências, 13 (2), 9-24.

APF. (2020). Infeções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveisb>

Associação Existências. (2017). Disponível em: <https://www.existencias.net/>

Associação Existências (2019). *Relatório de Atividades*. Coimbra: Associação Existências.

Balsa, C., Vital, C. & Ubano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências Avenida da República. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_EST_UDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf

Carreira, C. (2001). *Psicopatologia e personalidade em clientes de prostitutas em estudo comparativo*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Departamento de Psicologia. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0348

Carvalho, A. et. al. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação, Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde. fe

CES. (2014). *I Jornadas Científicas sobre Trabalho Sexual em Portugal*. Disponível em: <https://ces.uc.pt/pt/agenda-noticias/agenda-de-eventos/2014/i-jornadas-cientificas-sobre-trabalho-sexual-em-portugal>

Davim, M. (2020, junho 03). *Dona de Bordel vai defender no Parlamento legalização da prostituição*. Revista Sábado. Disponível em: <https://www.sabado.pt/portugal/detalhe/dona-de-bordel-vai-defender-no-parlamento-legalizacao-da-prostituicao>

Decreto Lei no 48/95 de 16 de janeiro do Código Penal. Diário da República: Série I-A, No 63 (1995). Acedido a 22 de setembro de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/202001160106/73474079/diploma/indice>

DGE. (2020). Disponível em: <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>

Fernandes, P. (2015). *Educação para a saúde e prevenção de comportamentos aditivos: Do diagnóstico (local) à intervenção (sociocomunitária)*. Actas do 13.º Colóquio de Psicologia e Educação. (pp.157-171). Lisboa: ISPA Instituto Universitário. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5543/1/CPE_15_157-171.pdf

Figueiredo, F. (2008). *Educação para a saúde: uma área construída por todos, com todos e para todos....* Millenium, (34), 259-268. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/379>

Henriques, S. & Silva, J. (2016). *Novas Substâncias Psicoativas (NSP): Políticas Públicas, Mercados e Espaços Invisíveis*. IX Congresso Português de Sociologia, Portugal, território de territórios. Associação Portuguesa de Sociologia: Lisboa. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6481/1/2016_APS-NSP.pdf

IDT. (2009). *Guia de Apoio para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos*. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Documents/2014/guia_apoio_intervencao_RRMD.pdf

Jacinto, A. & Oliveira-Martins, S. (2015). *Substâncias psicoativas: Problemática, estudo da legislação atual e da sua adequação face à realidade*. Revista Portuguesa de Farmacoterapia, 7 (2), 34-40. Disponível em: <file:///C:/Users/Raquel/Downloads/4-Texto%20Artigo-7-1-10-20150718.pdf>

Martins, J. (2017). *Educação para a saúde: Intervenção e investigação com públicos vulneráveis*. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra

Nunes, L. & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adição*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Ottawa. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf

Queiroz, S. (2011). *Reflexões sobre educação para a saúde*. Disponível em: <http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>

Oliveira, A. (2004). *Prostituição, exclusão e violência: estudo empírico da vitimização sobre prostitutas de rua*. II Congresso Internacional de investigação e desenvolvimento sócio-cultural. (pp. 1-19). Disponível em: https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=83382

OMS. (2005). *Orientações para o Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf;jsessionid=7E9B48460F9F8518329E66B52D0EC926?sequence=2

Oliveira, A. (2004). *As vendedoras de ilusões* (1st ed.). Lisboa: Editorial Notícias.

Oliveira, A. (2011). *Andar na Vida* (1st ed.). Coimbra: Almedina.

Oliveira, A. & Coutinho, J. (2014). *Redução de riscos no trabalho sexual em Portugal: Representações dos técnicos interventores*. Psicologia, Saúde & Doenças, 15 (2), 538-553. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n2/v15n2a16.pdf>

Patto, P. (2017). *O quadro legal da prostituição e a dignidade humana*. Disponível em: https://www.mdm.org.pt/wp-content/uploads/2017/11/O_QUADRO_LEGAL_DA_PROSTITUICAO_E_A_DIGNIDADE_HUMANA.pdf

Portal e Observatório sobre Iniquidades em Saúde. (2020). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Rede de Rastreio. (2016). Disponível em: <https://www.redederastreio.pt/informacoes>

Ribeiro, J. (2015). *Educação para a saúde*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (1), 3-9. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n1/v16n1a02.pdf>

Santos, O. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Porto. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1051/2/olgasantos_.pdf

SICAD. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: SICAD. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ficheiros/pnrcad_seams_2013_2020.pdf

SICAD. (2020). Disponível em: <http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Silva, A. (2013). *Dentro de Portas. Trabalhadores do sexo em contexto de interior: utilização e acesso e serviços de saúde na área da infeção VIH/Sida*. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/11546/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Catarina%20Silva.pdf>

Sousa, R., Frota, M., Castro, C., Sousa, F, Kendall, B. & Kerr, L. (2017). *Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”*. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25 (4), 423-428. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n4/1414-462X-cadsc-25-4-423.pdf>

UC. (2020). Gabinete de Apoio ao Estudante. Disponível em: <https://www.uc.pt/fpce/estudantes/apoio/gae>

WHO. (2020). Disponível em: <https://www.who.int/>

Anexos

Anexo 1. Grelha de campo do Projeto Adão e Eva II

Anexo 2. Questionário de Coorte da Rede de Rastreo

Anexo 3. Folhetos Projeto Nov'Ellos

Anexo 4. Grelha de campo do Projeto Nov'Ellos

Anexo 5. Rastreios Instituto Superior de Contabilidade de Administração de Coimbra

Anexo 6. Rastreios FPCEUC

Anexo 7. Rastreios Estação de Comboios (Coimbra A)

Anexo 8. Rastreo numa República Universitária de Coimbra

Anexo 9. Rastreios *Street Store*

Anexo 10. Certificado do Treino Inicial da Rede de Rastreo

Anexo 11. Formação de Alto Desempenho na Gestão e Motivação de Voluntariado

Anexo 12. Certificado de participação na conferência sobre “Preconceito Contra a Diversidade Sexual e de Género no Brasil: Pesquisas sobre vítimas e agressores”

Anexo 13. Exposição “Pessoas, Histórias e Memórias – Trans 20”

Anexo 14. Dinâmicas em aulas de Dinâmicas de Grupo em Educação e Formação

Anexo 15. Cartaz do evento “Semana da Saúde 2020 - Saúde com a deVIDA distância”

Apêndices

Apêndice 1. *PowerPoint* apresentado na aula de Educação para a Saúde

Apêndice 2. Questionário do projeto de investigação: Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo. (Versão 1 e Versão 2)

Anexo 1. Grelha de campo do Projeto Adão e Eva II

Associação Existências		Diário de Campo - Equipa de Rua																Data:																						
																		Início:	H																					
																		Fim:	H																					
N	Nome	Tipo de Utente					Identidade Sexual			Consumos			VIH Sida			Apoio Psicossocial						Encaminhamento					Local													
		T. Sexual	Cliente	HSH	UD	SA	F	M	Ts	Outros	NUDIV	UDIV	Infectado	Afectado	Outro	N	Prev. saúde	Fam.	Legal	A. Estima	Info.	Social	Teste Triagem clínica	N	Gab.	Análise		Médico	Outro	Preservativo	Preservativo Feminino	GeKIT	Kit Seringas	Folhetos						
1																																								
2																																								
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								
13																																								
14																																								
15																																								
16																																								
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
21																																								
22																																								
T																																								

Registo de Ocorrências:

Se necessário escrever no verso da folha

Confirmo	Data: ____/____/____
(Paulo Ánios)	

Equipa Técnica:

Anexo 2. Questionário de Coorte da Rede de Rastreo

QUESTIONÁRIO DE COORTE

[0.01] O(a) participante aceitou oralmente disponibilizar amostra adicional para efeitos de controlo de qualidade? Sim Não
 Não Aplicável

[1.002] Código de Rastreo _____

(Preencher com o código interno da organização. Caso não tenha, deixar em branco)

DADOS IDENTIFICATIVOS

[1.01] Local do rastreo:

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médicos do Mundo Lisboa – Saúde Móvel | <input type="checkbox"/> Médicos do Mundo Porto – Porto Escondido | <input type="checkbox"/> Porto G (APDES) | <input type="checkbox"/> GiraGala (APDES) |
| <input type="checkbox"/> Cuida-te (MAPS) | <input type="checkbox"/> Madalenas II (MAPS) | <input type="checkbox"/> Equipas de apoio social direto - Barlavento (MAPS) | <input type="checkbox"/> Equipas de apoio social direto - Sotavento (MAPS) |
| <input type="checkbox"/> Equipas de apoio social direto - Guadiana (MAPS) | <input type="checkbox"/> Existências – Adão e Eva II | <input type="checkbox"/> Acompanha – Sidade Alerta | <input type="checkbox"/> Ser + (SEDE) - Centro de Rastreo Ser + |
| <input type="checkbox"/> Ser + (UM) - Centro de Rastreo Ser + | <input type="checkbox"/> AJPAS – Rastrear para prevenir | <input type="checkbox"/> Positivo – Grupos de apoio e Auto-Ajuda | <input type="checkbox"/> CheckpointLx (GAT) |
| <input type="checkbox"/> Move-se (GAT) | <input type="checkbox"/> In-Mouraria (GAT) | <input type="checkbox"/> GAF – Centro de Atendimento Psicossocial VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Novo Olhar II - SARA |
| <input type="checkbox"/> InPulsar – Girus de Rua | <input type="checkbox"/> Mais Abraço (Abraço) | <input type="checkbox"/> Outro [1.01_1]: _____ | |

[1.02] Código do Técnico: _____

(O código do técnico deverá ser formado pela 1ª letra do 1º nome e pela 1ª letra do último nome. Se houverem dois técnicos da mesma organização com o mesmo código, por exemplo AA, deverão decidir entre eles qual será o código de cada um)

[1.03] Data do rastreo: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Dia Mês Ano

[1.04] Tipo de questionário: Entrada Seguimento

[1.05] Código de participante:

Sexo ao Nascimento	_ _	_ _	_ _ _ _	_	_
0 Masculino	Dia	Mês	Ano	Letra Inicial	Letra Inicial
1 Feminino	Data de nascimento			Do 1º nome da mãe	Do 1º nome do utente

[1.05_1] Qual é a sua altura em metros (definir em metros separando com vírgula os centímetros): _____

[1.06] País de nascimento: Portugal Outro: _____

[1.07] País de nascimento do Pai: _____

[1.08] País de nascimento da Mãe: _____

[1.09] [Se país de nascimento diferente de Portugal] Está em Portugal como: Turista Vive em Portugal

[1.10] [Se país de nascimento diferente de Portugal e vive em Portugal] qual o seu estado de permanência em Portugal?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estatuto de Residente | <input type="checkbox"/> Autorização de Permanência | <input type="checkbox"/> Estatuto de Igualdade de Direitos e Deveres |
| <input type="checkbox"/> Estatuto de refugiado | <input type="checkbox"/> Requerente de asilo | <input type="checkbox"/> Imigrante em situação Irregular |

[1.11] [Se autorização de permanência] Temporária Permanente

[1.12] [Se imigrante irregular] Está à espera de documentação? Sim Não

[1.13] Data de chegada a Portugal: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Dia Mês Ano



RASTREIO ATUAL

[2.01]É a primeira vez que utiliza este serviço de rastreio? Sim [2.02] Não [2.02] NR [2.03]

[2.02]Como tomou conhecimento deste serviço de rastreio: (resposta única)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Através de amigos | <input type="checkbox"/> Através de familiares | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Serviços de saúde | <input type="checkbox"/> Folheto/Kit | <input type="checkbox"/> Passel no local/rua |
| <input type="checkbox"/> Foi referenciado [2.02b]: (especificar por quem e onde) _____ | <input type="checkbox"/> Tinha contacto com outros(s) serviços da organização | <input type="checkbox"/> Foi proposto pela equipa |
| <input type="checkbox"/> Campanhas de divulgação/Ações de rua | <input type="checkbox"/> Equipas de rua | |
| <input type="checkbox"/> Outro [2.02a] (Qual): _____ | | |

[2.03]Porque motivo veio fazer este rastreio? (assinalar opção/opções espontâneas)

- | | |
|---|--------------------------|
| [2.03_1] Teve relações sexuais sem preservativo | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_2] Partilhou material para consumo de drogas | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_3] Quer deixar de usar preservativo | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_4] Sente-se doente | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_5] Tem um(a) parceiro(a) VIH+ | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_6] Faz regularmente teste de rotina | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_7] A pedido do parceiro(a) | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_8] Período janela no último teste | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_9] Partilhou material cortante | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_10] Teve uma exposição de risco no contexto de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_11] Teve um parceiro sexual a quem foi diagnosticado uma IST recentemente | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_12] Conhecer o estado de saúde/Tinha curiosidade | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_13] Rutura do preservativo | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_14] Está a planejar gravidez | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_15] Está numa nova relação | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_16] Não responde | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_17] Outro | <input type="checkbox"/> |
| [2.03_17a]Se outro, qual? _____ | |

HISTÓRIA DE RASTREIOS

[3.01]Alguma vez/Desde a última visita a este serviço fez teste VIH?Sim [3.02]Não [3.04]NS [3.04]NR [3.04]

[3.02]Data do último teste? NS
Mês Ano

[3.03]Resultado do último teste?Negativo[3.04]Positivo[3.03_1]NS [3.03]NR [3.03]

[3.03_1] [Se resultado positivo] Está a ser seguido no hospital e/ou por médico especialista? Sim

[3.03_1_1]Não [3.03_3]

[3.03_1_1] [Se sim na pergunta anterior] Está atualmente em tratamento? Sim Não

[3.03_1_2] [Se não na pergunta anterior] Abandonou ou interrompeu tratamento? Sim Não

[3.03_3] [Se não na [3.03_1]] Aceita referência?Sim Não

[3.04]Alguma vez /Desde a última visita a este serviço fez teste VHC? Sim [3.05]Não [3.07]NS [3.07]NR [3.07]

[3.05]Data do último teste? NS
Mês Ano

[3.06]Resultado do último teste?Negativo[3.07]Positivo[3.06_1]NS[3.07]NR[3.07]

[3.06_1] [Se resultado positivo] Alguma vez fez tratamento? Sim Não

[3.06_1_1] [Se sim na pergunta anterior] Concluiu Tratamento com sucesso? Sim Não

[3.06_2] [Se não na [3.06_1] ou não na [3.06_1_1]]

Está a ser seguido no hospital e/ou por médico especialista? Sim [3.07]Não [3.06_2]

[3.06_3] [Se não na [3.06_2]] Aceita referência?Sim Não



[4.05_2a][Se sim] Algum dos parceiros ocasionais com quem teve relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses é VIH+? Sim Não NR NS

[4.05_3][Se sim na questão [4.03]] (Teve relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses) com parceiro comercial? Sim Não NR [4.06]

[4.05_3a][Se sim] Algum dos parceiros comerciais com quem teve relações sexuais sem preservativo nos últimos 12 meses é VIH+? Sim Não NR NS

[4.06] Na última relação sexual com penetração, utilizou preservativo? Sim [4.08] Não NR

[4.07] Nos últimos 12 meses/Desde a última visita a este serviço teve alguma infeção sexualmente transmissível (IST)? Sim Não [4.09] NS [4.09] NR [4.09]

[4.08][Se teve alguma IST] Qual(ais) a(s) IST(s) que tiveste nos últimos 12 meses? (resposta espontânea)

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| [4.08_1] | Clamídia | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_2] | Herpes genital | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_3] | Gonorréia | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_4] | Condilomas/Verrugas genitais | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_5] | Tricomonas | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_6] | Linfogranuloma venéreo (LGV) | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_7] | Vírus do Papiloma Humano (HPV) | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_8] | Outra | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_8a] | Se sim, qual _____ | |
| [4.08_9] | Não responde | <input type="checkbox"/> |
| [4.08_10] | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

Alguma vez /Desde a última visita a este serviço:

[4.09] Fez um piercing em contexto Informal (rua, prisão, serviço militar ou casa de amigo) sem usar material descartável?

Sim Não NR

Fez uma tatuagem em contexto Informal (rua, prisão, serviço militar ou casa de amigo) sem usar material descartável?

[4.10] Sim Não NR

[4.11] Fez alguma Intervenção Invasiva, transfusão de sangue ou derivados? Sim Não NR NS

[4.11_1] [Se sim] Em que ano(s):

[4.11_1a] _____ ano(1);

[4.11_1b] _____ ano(2);

[4.11_1c] _____ ano(3)

(máximo 3 anos, se mais que 3 referir-se às mais antigas, sendo que a 1ª será a mais antiga)

[4.11_1_1] [Se ano maior ou igual que 1992] Em que país(es)?

[4.11_1_1a] _____ país (1 mais antigo)

[4.11_1_1b] _____ país (2)

[4.11_1_1c] _____ país (3 mais recente)

(máximo de 3 países, considerar o país 1 o mais antigo)

[4.12] Esteve preso? Sim Não NR

CONSUMO DE DROGAS E PARTILHA DE MATERIAL

[4.13] Alguma vez/desde a última visita a este serviço teve consumos por via Injetável (excluindo por motivos médicos)?

Sim [4.13_1] Não [4.14] NR [4.14]

[4.13_1] [Se sim] Quando foi a última vez que consumiu drogas por via Injetável?

Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR

[4.14]

[4.13_2] Alguma vez/desde a última visita a este serviço usou material para Injetar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa? Sim [4.13_2_1] Não [4.14] NR [4.14]

[4.13_2_1] [Se sim e consumo nos últimos 12 meses] Quando foi a última vez que usou material para Injetar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa?

Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR

[4.14]



- [4.14] Alguma vez/desde a última visita a este serviço teve consumos snifados? Sim [4.14_1] Não [4.15]
- [4.14_1] [Se sim] Quando foi a última vez que teve consumos snifados?
 Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR
- [4.15] [4.14_2] Alguma vez/desde a última visita a este serviço usou material para snifar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa? Sim [4.14_2_1] Não [4.15]
- [4.14_2_1] [Se sim e consumo nos últimos 12 meses] Quando foi a última vez que usou material para snifar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa?
 Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR
- [4.15] [4.15] Alguma vez/desde a última visita a este serviço consumiu drogas por via fumada (excluir haxixe/canábis)? Sim [4.16_1] Não [5.01]
- [4.15_1] [Se sim] Quando foi a última vez que consumiu drogas por via fumada?
 Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR
- [4.16] [4.15_2] Alguma vez/desde a última visita a este serviço usou material para fumar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa? Sim [4.15_2_1] Não [4.16] NR [4.16]
- [4.15_2_1] [Se sim e consumo nos últimos 12 meses] Quando foi a última vez que usou material para fumar que sabia ou suspeitava ter sido usado por outra pessoa?
 Nas últimas 72 horas Entre 3 e 90 dias Entre 91 dias e 6 meses Entre 7 e 12 meses Há mais de 12 meses NR
- [4.16] [4.16] [Se teve algum consumo injetável ou fumado] Alguma vez/desde a última visita a este serviço esteve a frequentou um programa de substituição opiácea? Sim Não NR
- [4.16_1] [Se sim] está atualmente a frequentar? Sim Não NR

MÉTODOS DE PREVENÇÃO

PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PPE)

[5.01] Já ouviu falar da profilaxia pós-exposição? Sim [5.02] Não [5.05] NR [5.05]

[5.02] [Se sim] Diga-nos o que é a PPE?

[para o técnico] Assinalar se o participante referiu cada uma das seguintes afirmações:

[5.02_1]	PPE é um tratamento para evitar a infeção pelo VIH	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
[5.02_2]	Tem de ser iniciada o mais rapidamente possível após exposição	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

[5.02a] PPE é a sigla para a profilaxia pós-exposição. A palavra profilaxia significa para prevenir ou controlar a disseminação de uma infeção ou doença. A PPE é um tratamento para evitar a infeção pelo VIH após exposição a este vírus. Consiste na toma de medicamentos para o VIH durante 4 semanas. Tem de ser iniciada o mais rapidamente possível depois de uma relação sexual desprotegida ou se o preservativo rebentar, nas primeiras 72 horas. A PPE é segura, mas em algumas pessoas, pode causar efeitos secundários, como por exemplo náuseas. Estes efeitos secundários podem ser tratados e não são fatais. A PPE reduz bastante o risco de infeção pelo VIH, mas não garante que alguém exposto ao vírus não fique infetado pelo VIH. Em Portugal, a PPE só está disponível nos serviços de urgência dos hospitais.

[5.03] Alguma vez/desde a última visita fez a profilaxia pós-exposição? Sim [5.03_1] Não [5.05] NR [5.05]

[5.03_1] Quantas vezes fez PPE? ___

[5.03_2] Quando fez PPE pela última vez? Nos últimos 12 meses Há mais de 12 meses

[5.03_3] Onde fez PPE pela última vez? Hospital Outro [5_07a], Qual? _____

[5.04] Alguma vez lhe foi negada a PPE? Sim [9.04_1] Não [5.05] NR [5.05]

[5.04_1] [Se sim] Onde e porquê? _____

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP)

[5.05] Já ouviu falar da profilaxia pré-exposição? Sim [5.06] Não [5.09] NR [6.01]



[5.06] [Se sim] Diga-nos o que é a PrEP?

(para o técnico) Assinalar se o participante referiu cada uma das seguintes afirmações:

[5.06_1]	PrEP é um tratamento para evitar a infeção pelo VIH	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
[5.06_2]	Tem de ser tomada antes de uma possível exposição	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

[5.07] Como teve conhecimento da profilaxia pré-exposição?

- Através de um profissional de saúde
 Através de amigos e colegas de trabalho
 Através de uma associação
- Através de pessoas infetadas pelo VIH
 Através dos media (Jornais, Internet, etc)
 Através dos estudos IPERGAY/PROUD/Prex
- Outro [5.07a], Qual? _____

[5.06a] PrEP é a sigla para a profilaxia pré-exposição. O objetivo da PrEP é prevenir a infeção pelo VIH caso uma pessoa se exponha ao vírus. Isto é conseguido com a toma de medicamentos para o VIH. Estes são os mesmos medicamentos usados para parar a replicação do vírus em pessoas que já estão infetadas. Esta medicação se tomada de acordo com a prescrição confere proteção até 100%. A PrEP não protege de outras infeções sexualmente transmissíveis.

[5.08] Alguma vez/de desde a última visita a este serviço fez a profilaxia pré-exposição? Sim [5.08_1] Não [5.09] NR [5.09]

[5.08_1] De que forma?

[5.08_1_1]	Intermitente	<input type="checkbox"/> Sim [5.08_2]	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NR [5.08_7]
[5.08_1_2]	Contínua	<input type="checkbox"/> Sim [5.08_3]	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> NR [5.08_7]

[5.08_2] [Se toma intermitente] Quantas vezes fez PrEP? _____ (nº de ciclos)

[5.08_2] Quando fez a PrEP pela última vez? Nos últimos 12 meses Há mais de 12 meses

[5.08_4] [Se toma contínua] Está atualmente a fazer PrEP? Sim [5.08_4] Não [5.08_5] NR [5.08_7]

[5.08_5] Desde quando?
Dia Mês Ano

[5.08_6] Durante quanto tempo fez PrEP?

Menos de 1 mês 1-3 meses 4-6 meses mais de 6 meses

[5.08_7] Quando fez PrEP pela última vez? Nos últimos 12 meses Há mais de 12 meses

[5.08_8] [Se já fez PrEP alguma vez/de desde a última visita a este serviço] Como conseguiu a medicação pela última vez? _____

[5.09] [Apenas para os VIH-1] Se a PrEP ficar disponível, quão interessado estaria em utilizá-la para prevenção do VIH numa escala de 0 a 47 (sendo que 0 é nada interessado e 4 é extremamente interessado)

0 [5.11] 1 [5.11] 2 [5.11] 3 [5.10] 4 [5.10] NS [6.01]

[5.10] (se interesse ≥ 2 na pergunta [5.09]) Qual seria o local da sua preferência para a dispensa da PrEP?:

- Hospital CAD Equipas de tratamento
 Farmácia Centro de Saúde Serviço Comunitário
 Não tenho preferência Aquí (organização onde está)
 [5.10a] Outro, qual? _____

[5.11] [se interesse <2 na pergunta [5.09]] Quais os principais motivos pelos quais não está interessado em utilizar a PrEP (três respostas no máximo)

- [5.11_1] Preciso de mais informações sobre a PrEP e seus efeitos
[5.11_2] Ouví/Li coisas negativas sobre o uso da PrEP como prevenção
[5.11_3] Preciso de pensar no assunto
[5.11_4] Não quero tomar medicação
[5.11_5] Tenho medo que pense que tenho VIH por estar a tomar a PrEP
[5.11_6] Tenho medo que pense que tenho relações sexuais com muitas pessoas por estar a tomar a PrEP
[5.11_7] Não confio na eficácia da PrEP
[5.11_8] Estou satisfeito com minhas práticas de prevenção atuais
[5.11_9a] Outro, qual? _____



[6.01] [apenas para os VIH-1] De acordo com as suas práticas sexuais, como é que avalia o seu risco de se Infetar com o VIH (Sendo que 0 representa sem risco e 10 representa o risco extremo)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NS

SITUAÇÃO PERANTE O TEMA VIOLÊNCIA

[7.01] Alguma vez/desde a última visita a este serviço foi vítima de violência física na idade adulta?

Sim [7.02] Não [7.03] NR [7.03]

[7.02] [Se sim] Considera que foi vítima de violência física:

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| [7.02_1] | Devido à sua identidade de género | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_2] | Devido à sua orientação sexual | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_3] | Devido à sua nacionalidade ou cor da pele | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_4] | Devido às suas práticas de consumo | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_5] | No contexto do seu trabalho | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_6] | No contexto do relacionamento íntimo | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_7] | Outro | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_9] | Não responde | <input type="checkbox"/> |
| [7.02_8] | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

[7.03] Alguma vez/desde a última visita a este serviço foi vítima de violência psicológica/verbal na idade adulta?

Sim [7.04] Não [7.05] NR [7.05]

[7.04] [Se sim] Considera que foi vítima de violência psicológica/verbal:

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| [7.04_1] | Devido à sua identidade de género | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_2] | Devido à sua orientação sexual | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_3] | Devido à sua nacionalidade ou cor da pele | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_4] | Devido às suas práticas de consumo | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_5] | No contexto do seu trabalho | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_6] | No contexto do relacionamento íntimo | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_7] | Outro | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_9] | Não responde | <input type="checkbox"/> |
| [7.04_8] | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

[7.05] Alguma vez/desde a última visita a este serviço foi vítima de violência sexual na idade adulta?

Sim [7.06] Não [8.01] NR [8.01]

[7.06] [Se sim] Considera que foi vítima de violência sexual:

- | | | |
|----------|---|--------------------------|
| [7.06_1] | Devido à sua identidade de género | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_2] | Devido à sua orientação sexual | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_3] | Devido à sua nacionalidade ou cor da pele | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_4] | Devido às suas práticas de consumo | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_5] | No contexto do seu trabalho | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_6] | No contexto do relacionamento íntimo | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_7] | Outro | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_9] | Não responde | <input type="checkbox"/> |
| [7.06_8] | Não sabe | <input type="checkbox"/> |

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

[8.01] Qual/Quais era/eram a/s língua/s mais falada/s em sua casa quando era criança? _____

[8.02] Como define a sua orientação sexual?

Heterossexual Homossexual Bissexual Não costuma usar um termo Outra _____ NR

[8.03] Qual a sua identidade de género?

Homem Mulher Transgénero (MTF) Transgénero (FTM) Outro, qual _____

[8.04] Identificação do utente:

Trabalhador sexual (TS)



- Cliente trabalhador sexual (C TS)
- Homem que tem sexo com homem (HSH)
- Utilizador de drogas (UD)
- Imigrante (IM)
- População Geral (PG)

[9.01] Qual o nível mais alto de escolaridade que completou?

- Não sabe ler nem escrever
- 1º ciclo do ensino básico (4º ano)
- 2º ciclo do ensino básico ou inferior (6º ano)
- 3º ciclo do ensino (9º ano)
- Ensino secundário via prosseguimento de estudos (12º ano)
- Ensino secundário com estágio profissional (mínimo de 6 meses) (12º ano profissional)
- Ensino pós secundário não superior (CET – curso de especialização tecnológica)
- Bacharelato/Licenciatura
- Mestrado ou Doutoramento
- Outro [9.01a], qual _____
- Não responde

RASTREIOS

[10.01] Teste VIH (AtcVIH-1/2)

Fez teste VIH? Sim Não

[10.01_1] (Se não na pergunta anterior), porquê? Não elegível [10.03] Recusou [10.03] Teste não disponível [10.03]

[10.02]

Marca: _____ [10.02a] Lote do teste: _____ [10.02b] Validade: _____
 Dia Mês Ano

INSTI HIV 1/2
 Alere Determine HIV 1/2
 Outra _____

[10.02_1] Resultado: reativo não reativo inválido [10.02_1_1]

[10.02_1_1] (Se inválido) Aceita repetir teste? Sim Não

[Se inválido preencher a tabela abaixo com os resultados do teste válido], assinalar novamente os resultados mas desta vez do teste válido:

[10.02_1_1a] Marca: _____ [10.02_1_1b] Lote do teste: _____ [10.02_1_1c] Validade: _____
 Dia Mês Ano

INSTI HIV 1/2
 Alere Determine HIV 1/2
 Outra _____

[10.02_2] Resultado do teste 2: reativo não reativo inválido

[10.02_3] Em caso de teste reativo [10.2_1] ou reativo após repetição de teste [10.2_2], aceita referência? Sim Não

Não

[10.02_3_1] (Se sim) Local de referência:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Santo António, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> Joaquim Urbano, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> São João, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Pulido Valente, Hospital Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Curry Cabral, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São José, Hospital Lisboa Central |
| <input type="checkbox"/> Santo António dos Capuchos, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> Egas Moniz, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São Francisco Xavier, Hospital Lisboa Ocidental | <input type="checkbox"/> Unidade Local de Saúde, Matosinhos |



- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gala/Espinho, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Baixo Vouga, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Barreiro/Montijo, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Setúbal, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Faro, Hospital | <input type="checkbox"/> Bartavento Algarvio, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Fernando Fonseca, Hospital Amadora | <input type="checkbox"/> Médico de Família |
- Outro: _____

[10.03] Teste VHC (atoVHC)

Fez teste VHC? Sim Não

[10.03_1] [Se não na pergunta anterior], porquê? Não elegível [10.05] Recusou [10.05] Teste não disponível [10.05]

[10.04] Marca: _____ [10.04a] Lote do teste: _____ [10.04b] Validade: _____

<input type="checkbox"/> Turklab Info Anti-HCV	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Oraquick Anti-HCV		Dia	Mês
<input type="checkbox"/> Outra _____			Ano

[10.04_1] Resultado: reativo não reativo inválido [10.04_1_1]

[10.04_1_1] [Se inválido] Aceita repetir teste? Sim Não

[Se inválido preencher a tabela abaixo com os resultados do teste válido], assinalar novamente os resultados mas desta vez do teste válido:

[10.04_1_1a] Marca: _____ [10.04_1_1b] Lote do teste: _____ [10.04_1_1c] Validade: _____

<input type="checkbox"/> Turklab Info Anti-HCV	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Oraquick Anti-HCV		Dia	Mês
<input type="checkbox"/> Outra _____			Ano

[10.04_2] Resultado do teste 2: reativo não reativo inválido

[10.04_3] Em caso de teste reativo [10.4_2] ou reativo após repetição de teste [10.4_2], aceita referência? Sim

Não

[10.04_3_1] [Se sim] Local de referência

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Santo António, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> Joaquim Urbano, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> São João, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Pulido Valente, Hospital Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Curry Cabral, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São José, Hospital Lisboa Central |
| <input type="checkbox"/> Santo António dos Capuchos, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> Egas Moniz, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São Francisco Xavier, Hospital Lisboa Ocidental | <input type="checkbox"/> Unidade Local de Saúde, Matosinhos |
| <input type="checkbox"/> Gala/Espinho, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Baixo Vouga, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Barreiro/Montijo, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Setúbal, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Faro, Hospital | <input type="checkbox"/> Bartavento Algarvio, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Fernando Fonseca, Hospital Amadora | <input type="checkbox"/> Médico de Família |
- Outro: _____

[10.05] Teste VHB (AgHBs)

Fez teste VHB? Sim Não

[10.05_1] [Se não na pergunta anterior], porquê? Não elegível [10.07] Recusou [10.07] Teste não disponível [10.07]

[10.06] Marca: _____ [10.06a] Lote do teste: _____ [10.06b] Validade: _____

<input type="checkbox"/> VIKIA HBsAG	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Outra _____		Dia	Mês
			Ano

[10.06_1] Resultado: reativo não reativo inválido [10.06_1_1]

[10.06_1_1] [Se inválido] Aceita repetir teste? Sim Não

[Se inválido preencher a tabela abaixo com os resultados do teste válido], assinalar novamente os resultados mas desta vez do teste válido:



[10.06_1_1a] Marca: [10.06_1_1b] Lote do teste: [10.06_1_1a] Validade:
 Dia Mês Ano

Vikla HBsAG
 Outra _____

[10.06_2] Resultado do teste 2: reativo não reativo inválido

[10.06_3] Em caso de teste reativo [10.6_1] ou reativo após repetição de teste [10.6_2], aceita referência? Sim
 Não

[10.06_3_1] [Se sim] Local de referência

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Santo António, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> Joaquim Urbano, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> São João, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Pulido Valente, Hospital Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Curry Cabral, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São José, Hospital Lisboa Central |
| <input type="checkbox"/> Santo António dos Capuchos, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> Egas Moniz, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São Francisco Xavier, Hospital Lisboa Ocidental | <input type="checkbox"/> Unidade Local de Saúde, Matosinhos |
| <input type="checkbox"/> Gala/Espinho, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Balxo Vouga, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Barreiro/Montijo, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Setúbal, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Faro, Hospital | <input type="checkbox"/> Barlavento Algarvio, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Fernando Fonseca, Hospital Amadora | <input type="checkbox"/> Médico de Família (Centro de saúde) _____ |
- Outro: _____

[10.07] Teste Sífilis (Atc *Treponema pallidum*)

Fez teste Sífilis? Sim Não

[10.07_1] [Se não na pergunta anterior], porquê? Não elegível Recusou Teste não disponível

[10.08] Marca: [10.08a] Lote do teste: [10.08b] Validade:
 Dia Mês Ano

Alere Determine Syphilis

[10.08_1] Resultado: reativo não reativo inválido [10.08_1_1]

[10.04_1_1] [Se inválido] Aceita repetir teste? Sim Não

[Se inválido preencher a tabela abaixo com os resultados do teste válido], assinalar novamente os resultados mas desta vez do teste válido:

[10.08_1_1a] Marca: [10.08_1_1b] Lote do teste: [10.08_1_1c] Validade:
 Dia Mês Ano

Alere Determine Syphilis

[10.08_2] Resultado do teste 2: reativo não reativo inválido

[10.08_3] Em caso de teste reativo [10.8_1] ou reativo após repetição de teste [10.8_2], aceita referência? Sim
 Não

[10.08_3_1] [Se sim] Local de referência

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Santo António, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> Joaquim Urbano, Hospital Porto | <input type="checkbox"/> São João, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Pulido Valente, Hospital Lisboa Norte | <input type="checkbox"/> Curry Cabral, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São José, Hospital Lisboa Central |
| <input type="checkbox"/> Santo António dos Capuchos, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> Egas Moniz, Hospital Lisboa Central | <input type="checkbox"/> São Francisco Xavier, Hospital Lisboa Ocidental | <input type="checkbox"/> Unidade Local de Saúde, Matosinhos |
| <input type="checkbox"/> Gala/Espinho, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Balxo Vouga, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Barreiro/Montijo, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Setúbal, Centro Hospitalar |
| <input type="checkbox"/> Faro, Hospital | <input type="checkbox"/> Barlavento Algarvio, Centro Hospitalar | <input type="checkbox"/> Fernando Fonseca, Hospital Amadora | <input type="checkbox"/> Médico de Família |
- Outro: _____



Anexo 3. Folhetos Projeto Nov'Ellos



É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre as drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033 / 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



LSD (ácidos, "pills", "trips")

É um produto sintético, extraído da Cravagem do centeio.
Tem efeitos psicadélicos e alucinogéneos.

É consumido por via oral, absorção sublingual, injetado ou inalado.

Tem a forma de barras, cápsulas, tiras de gelatina, micropontos/ folhas de papel secante (como selos ou autocolantes).

Efeitos

Aparecem 30 a 40 minutos após o consumo e duram 8 a 12 horas.

Distorção realidade, ilusões, alucinações (auditivas e visuais), sensibilidade (a cores e sons), experiências místicas, delírios.

Alteração da noção de tempo/ espaço, pensamento desordenado, dificuldade de concentração e perturbações de memória.

Perda de controlo emocional: sentimentos de bem-estar e euforia, alternados com angústia, pânico, ansiedade, depressão e paranóia.

A nível físico surgem náuseas, dilatação da pupila, aumento da tensão, ritmo cardíaco e temperatura corporal, sonolência, redução da coordenação muscular e percepção da dor e vertigens.

Riscos do consumo

Flashbacks (voltar a experimentar a vivência tida com a droga sem a voltar a consumir), que podem ocorrer semanas após a ingestão da substância.

O maior perigo é a alteração total da percepção da realidade. O fato de o cérebro ver a realidade de outra forma faz com que algumas pessoas nunca mais vejam o mundo como anteriormente.

Se consumires, não esqueças...

- Os efeitos podem ser imprevisíveis. Consume em locais calmos, onde te sintas seguro e com pessoas nas quais confies.
- O LSD afecta a digestão, por isso não consumas logo após a refeição.
- Não uses outras substâncias, sobretudo psicadélicas (anfetaminas, cannabis...).
- O LSD é absorvido pela pele, tem cuidado com a manipulação .

Não uses LSD, se...

- Tens problemas psicológicos, depressão, crises de pânico ou ansiedade
- Tomas medicamentos, como antidepressivos, antipsicóticos, tranquilizantes

**Recupera energia nos dias seguintes ao consumo.
Faz uma alimentação nutritiva e rica em vitaminas!!!**



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033 / 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



Cogumelos Mágicos (Psicoactivos)

São todos os cogumelos que contêm qualquer tipo de alcalóides capazes de afectar o Sistema Nervoso Central. Têm efeitos alucinogéneos ou psicadélicos.

Surgem sobretudo no Outono e são ingeridos crus, secos, cozinhados ou em infusão ("Shroom Brew"). Os mais consumidos são os "Liberty Cad Mushroom".

Os efeitos surgem 30 a 60 minutos após a ingestão e podem durar até 6 horas.

Efeitos

As primeiras reacções incluem: náuseas, dilatação das pupilas, aumento do ritmo cardíaco, pressão sanguínea e temperatura corporal. Podem também ocorrer dores no estômago, diarreia e vômitos.

Há um aumento da sensibilidade perceptiva (cores mais intensas, percepção de detalhes), distorções visuais ou mistura de sensações (os sons têm cor e as cores têm sons).

Alucinações, sensações de euforia, relaxamento, de bem-estar, aumento da autoconfiança, desinibição e aumento do desejo sexual podem também surgir.

Riscos associados ao consumo

Os efeitos alucinogéneos podem causar desorientação, descoordenação, reacções paranóicas, incapacidade para distinguir fantasia e realidade, ansiedade, pânico e levar à ocorrência de acidentes.

O seu uso pode desencadear ou piorar doenças mentais.

Doses excessivas podem causar delírios, convulsões, coma profundo e morte por paragem cardíaca.

Se a tua decisão for a de consumir...

- Cuidado com a escolha dos cogumelos. Há espécies muito semelhantes que são venenosas e que podem ser muito tóxicas ou letais.
- Procura estar num local calmo e onde te sintas bem e seguro. Evita consumir sozinho e em locais desagradáveis.
- Em caso de pânico, procura local fresco e seguro. Lembra-te que essas sensações vão passar.
- Se te sentires mal procura beber leite ou comer para atenuar os efeitos.
- Se sofres de problemas psicológicos ou cardiovasculares não consumas.



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre as drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033/ 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



Cocaína

É um pó branco cristalino, inodoro, de sabor amargo e insolúvel em água, obtido a partir da folha do arbusto da coca.

Surge sob forma de cloridrato de cocaína ou de *crack* e pode ser consumida por inalação, aspiração ou por via endovenosa.

Tem efeitos estimulantes do Sistema Nervoso Central de acção intensa mas breve (cerca de 30 minutos).

Em doses moderadas provoca ausência de fadiga, sono e fome, euforia, bem-estar intenso e maior segurança em si mesmo, nas competências e capacidades.

Doses elevadas causam insónia, agitação, ansiedade intensa, agressividade, visões e alucinações (ex. tácteis).

O consumo pode provocar ainda aumento da tensão arterial e taquicardia, da temperatura corporal e da sudação, tremores ou convulsões. Podem ainda surgir dores no peito, contracções musculares.

A longo prazo

A tendência de aumento da dose provoca comportamentos violentos e bizarros, pelo desenvolvimento de paranóia, irritabilidade e tremores.

O uso intenso origina sensações muito desagradáveis: cansaço depressão intensa e degeneração irreversível dos músculos.

Pode ainda surgir "psicose de cocaína", com ideias delirantes e alucinações .

Se consumires...

- Evita associar o consumo ao de outras substâncias (incluindo álcool)
- Procura fazê-lo num local onde te sintas bem
- Não partilhes tubos ou qualquer material usado para "snifar"
- Não partilhes qualquer material de injeção
- Evita estar muitas horas sem comer
- Não conduzas ou faças tarefas que exijam atenção e concentração
- Se tens problemas cardíacos ou hipertensão não consumas.



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre as drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033 / 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



Cannabis

É a mais popular das drogas ilegais, derivada da planta *Cannabis Sativa*.

Pode ser consumida sob a forma de marijuana (erva), haxixe ou "óleo de cannabis ou de haxixe". É principalmente usada por ingestão e inalação (quando fumada pode ser misturada com tabaco).

É uma droga psicadélica, alucinogénea e depressora.

Efeitos

A curto prazo pode surgir bem-estar, maior sensibilidade a estímulos, euforia, sonolência e relaxamento e confusão de pensamento.

Habitualmente ocorre também instabilidade no andar, diminuição da capacidade de reacção, concentração e de realização de tarefas complexas.

Observa-se ainda aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial quando se está deitado e diminuição em pé, boca seca, aumento do apetite, congestão dos olhos e tosse.

Após a euforia inicial podem surgir sintomas depressivos.

Os efeitos surgem rapidamente, mas variam em função da dose, potência da *cannabis*, forma como é usada, estado de humor da pessoa, experiências anteriores com esta substância e do ambiente de consumo.

Doses elevadas podem provocar alteração da noção de tempo, ansiedade, pânico, alucinações e ilusões.

Se decidires consumir...

- Evita associar o uso de *cannabis* ao de outras substâncias, nomeadamente álcool, LSD e cogumelos;
- Procura consumir em locais e com pessoas conhecidas;
- Não conduzas ou realizes outras tarefas que exijam grande concentração.

Evita consumir sobretudo se....

- Te sentes triste ou estás com algum problema;
- Sofres de asma, diabetes, problemas cardíacos, respiratórios, hipertensão ou epilepsia;
- Estás a tomar antidepressivos, tranquilizantes ou antipsicóticos.



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre as drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033/ 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



Álcool

É a droga mais conhecida e aceite socialmente.

Líquido incolor obtido por fermentação de cereais, raízes, frutos (ex. batata, arroz, cevada) e por destilação de bebidas fermentadas (ex. vodka, rum, whisky, gin, aguardente, licores).

É desinibidor (causa bem-estar, falsa segurança) e depressor. Pode potenciar comportamentos perigosos e a ocorrência de acidentes (ex. acidentes de tráfego) e aumentar comportamentos sexuais de risco.

Efeitos

Quando consumido em pequena doses: relaxamento, desinibição e euforia.

Em doses elevadas pode ocorrer: sonolência, visão turva, dores de cabeça, náuseas, descoordenação muscular, redução da capacidade de atenção/ reacção e raciocínio, alterações de humor, irritabilidade, estados de amnésia e depressão.

A longo prazo o álcool pode provocar dependência física e psicológica.

Em caso de abuso....

Os problemas incluem gastrite, úlceras, cirrose hepática, cancro, insónia, irritabilidade, dificuldade no relacionamento com os outros, delírios, danos cerebrais e, nos casos mais graves, demência alcoólica.

Se consumires...

- Procura comer antes de beber (diminui o grau de absorção);
- Tem atenção ao teor alcoólico das bebidas, as destiladas são mais fortes do que a cerveja;
- Cuidado com os *shots*, embora nem sempre pareça são geralmente muito fortes;
- As mulheres têm mais dificuldade em metabolizar o álcool por isso devem beber em menor quantidade;
- Não conduzas ou vás no carro de um condutor sob efeito do álcool;
- Evita misturar com outras substâncias, sobretudo depressoras (ex. heroína, analgésicos) ou tomá-las se ainda estiveres ressecado.

Procura intercalar o consumo com água e beber água antes de dormir. Assim combates a desidratação e os efeitos do álcool!!



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e de redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste, pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre as drogas e os riscos associados ao seu uso, e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033 / 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
novellos.blogspot.com
www.existencias.net



ANFETAMINAS e METANFETAMINAS

Substâncias estimulantes de origem sintética, da família das fenetilaminas.

Podem ter a forma de cápsulas, comprimidos, pó, sais, tabletes ou líquido (várias texturas e cores).

Efeitos

Duram entre 6 e 12 horas.

Provocam sensação de euforia, agitação/ hiperactividade, insónias e diminuição do apetite.

Podem causar aumento da concentração/ atenção, confiança e auto-satisfação e diminuição da auto-crítica.

Os efeitos positivos transformam-se rapidamente em negativos, surgindo fadiga, depressão, apatia ou agressividade.

Podem provocar também sede, desidratação, diarreia, taquicardia, aumento da tensão, náuseas, dores de cabeça, tonturas, vertigens, sono agitado e pouco reparador.

São frequentes tiques exagerados.

O consumo crónico pode causar...

Acentuada perda de peso/ exaustão, redução da resistência a infeções, tremores, falta de coordenação, dores nos músculos/ articulações, testículos volumosos/ doridos e perturbações no ritmo cardíaco.

Psicose anfetaminica (com duração até algumas semanas), surgindo irritabilidade, hiper-excitabilidade, insónia, tremores, alucinações e morte.

Não deves usar estas substâncias, se....

- Tens problemas cardíacos ou tensão alta
- Sofres de ansiedade ou ataques de pânico
- Tomas certos medicamentos (anti-depressivos, inibidores das monoaminoxidases (IMO) e betabloqueadores)

Se consumires,

- Procura não tomar bebidas com álcool nem usar outras drogas
- Bebe leite ou toma cálcio, pois, sobretudo os *speeds*, danificam os dentes

Cuidado!!! São muitas vezes misturadas com outras substâncias tornando o seu uso muito perigoso...



EXISTÊNCIAS

Projecto Nov'Ellos

É um Projecto de prevenção de consumo de substâncias psicoactivas (drogas) e da redução dos riscos associados ao seu uso, nomeadamente em contextos recreativos nocturnos.

Através deste pretende-se aumentar, a nível individual e colectivo, os conhecimentos sobre drogas e sobre os riscos associados ao seu uso e o desenvolvimento de competências para lidar com as pressões sociais para o consumo e com as consequências do uso / abuso destas substâncias.

O uso de drogas em ambientes recreativos não é obrigatório nem é sinónimo de diversão ou de bem-estar.

Contactos

239 837 033 / 965 592 651
novellos.aexistencias@gmail.com
www.existencias.net



Ecstasy

É uma droga produzida em laboratório. Apresenta-se sob a forma de comprimidos, pastilhas, barras, cápsulas ou pó, de vários tamanhos ou cores.

Habitualmente é consumido por via oral (comprimido, cápsula ou pó).

EFEITOS

Tem efeitos estimulantes, psicadélicos e alucinogéneos.

Pode provocar o aumento de sensação de intimidade e de proximidade com outras pessoas, da percepção de sensualidade e capacidade comunicativa, euforia e excesso de autoconfiança.

Diminuição da agressividade ou perda da noção de espaço.

Os efeitos secundários incluem...

Rigidez dos membros e dos maxilares (ranger dos dentes), secura da boca, dilatação das pupilas.

Aumento da sudação, frequência cardíaca e da pressão sanguínea, dificuldade de caminhar, vontade de urinar, tremores e câibras.

Riscos

Um dos maiores riscos é o de **hipertermia** (aquecimento excessivo do corpo).

Os sinais incluem parar de transpirar, desorientação, vertigens, dores de cabeça, fadiga, câibras, desmaio, pouca urina de cor escura, vômitos, cansaço repentino/irritabilidade.

A hipertermia pode matar! Perante estes sintomas, vai para um local mais calmo e fresco e toma uma bebida sem álcool imediatamente!

Não te esqueças! Se consumires deves:

- Beber líquidos com alguma regularidade, mas não de forma excessiva
- Descansar regularmente
- Usar roupas largas. Não usar bonés ou peças que cubram a cabeça
- Não usar outro tipo de drogas (álcool incluído)

CUIDADO!!

Uma vez que as pastilhas podem ter composições muito diferentes as consequências do consumo podem também ser muito diferentes. Tenta saber o que consumes.



Folhetos deixados numa equipa Nov'Ellos num espaço recreativo de Coimbra

Anexo 4. Grelha de campo do Projeto Nov'Ellos

Associação Existências - Projecto Nov'Ellos																											
Diário de Campo - Espaços Recreativos Nocturnos																											
Data: / /		Início: H Min		Fim: H Min																							
N	Sexo		Consumo de SPA's		Substâncias Psicoactivas Consumidas				Preserv.	Folhetos	Atendimentos	Encaminhamentos	Questões	Apoio Psicossocial					Faixa Etária						Local		
	M	F	Não	Sim	Tabaco	Álcool	Cannabis	Outras						Esclarecimentos		Saúde		Familiar	Redução de angústia	Auto-estima							
														Efeito	Legalidade	Redução Risco	Int. algum Tratament				1	2	3	4		5	6
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
16																											
17																											
18																											
19																											
20																											
21																											
22																											
23																											
24																											
25																											
26																											
27																											
28																											
29																											
30																											
31																											
32																											
33																											
34																											
35																											
36																											
37																											
38																											
39																											
40																											

Equipa : _____ e _____

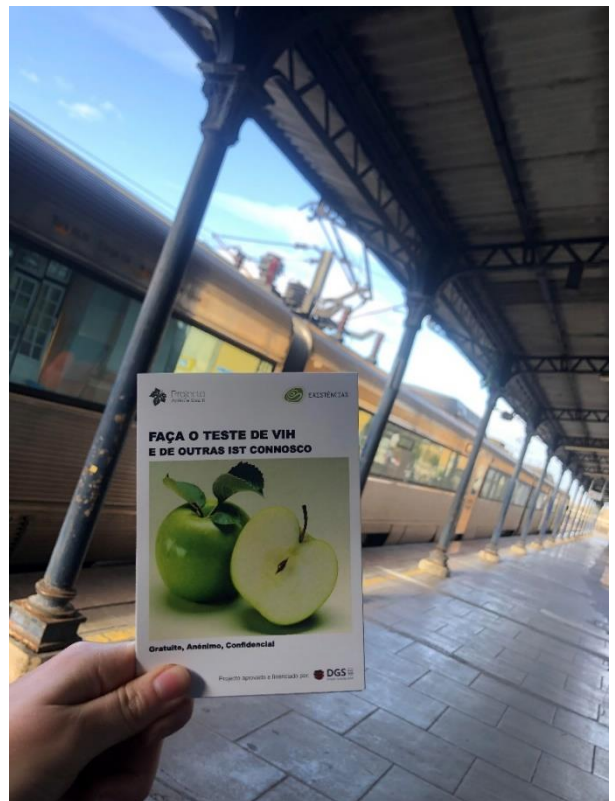
Anexo 5. Rastreios Instituto Superior de Contabilidade de Administração de Coimbra



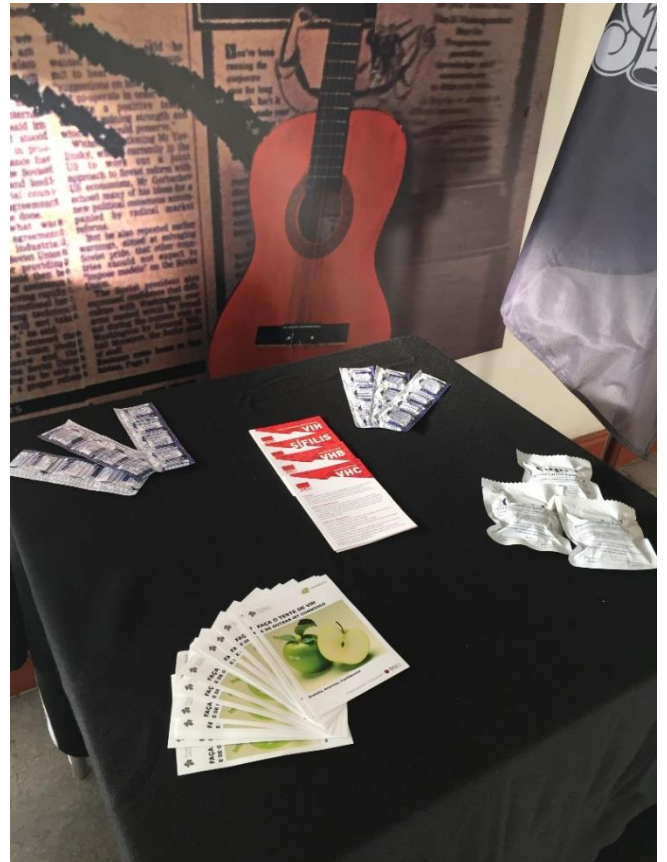
Anexo 6. Rastreios FPCEUC



Anexo 7. Rastreios Estação de Comboios (Coimbra A)



Anexo 8. Rastreo numa República Universitária de Coimbra



Anexo 9. Rastreios *Street Store*



Anexo 10. Certificado do Treino Inicial da Rede de Rastreio



CERTIFICADO

Raquel Matos Ferreira
participou no **TREINO INICIAL DA REDE
DE RASTREIO** e obteve na prova global
de conhecimentos a classificação
de **100% (Muito Bom)**.

LUÍS MENDÃO
Presidente do GAT



TREINO INICIAL DA REDE DE RASTREIO

O programa do treino decorreu nos dias 17 a 19 de agosto, num total de 27 horas, com os seguintes módulos:

- M01** Informar sobre as infeções por VIH, VHB, VHC, sífilis
- M03** Triar as pessoas para seleccionar o teste indicado
- M04** Executar os testes indicados
- M05** Ligar as pessoas aos cuidados de saúde apropriados ao(s) seu(s) estatuto serológico(s)
- M06** Obter e registar dados no momento do rastreio
- M07** Agir de acordo com o código de conduta ética das pessoas que rastreiam
- M08** Participar em ensaios da avaliação externa da qualidade dos testes
- M09** Participar nas visitas de supervisão laboratorial aos locais de rastreio
- M10** Tomar medidas de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde

Promotor



GAT - Grupo de Ativistas em Tratamentos
Av. Paris, 4, 1º Dto/ 1000-228 Lisboa
Tel.: +351 210 967 826
www.gatportugal.org

Membro da Coligação Internacional GAT

Parceiros



Financiado por



Apoio ao GAT



Anexo 11. Formação de Alto Desempenho na Gestão e Motivação de Voluntariado



Capacitação S.O.G.A.

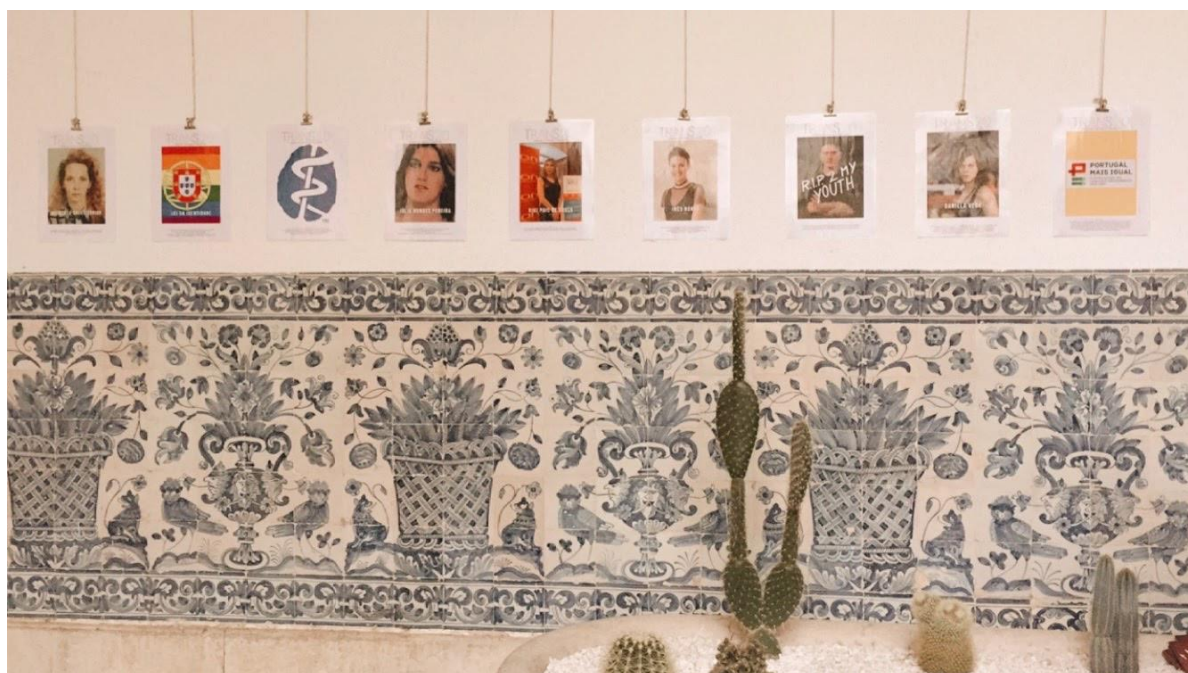
Gestão de voluntariado



Anexo 12. Certificado de participação na conferência sobre “Preconceito Contra a Diversidade Sexual e de Género no Brasil: Pesquisas sobre vítimas e agressores”



Anexo 13. Exposição “Pessoas, Histórias e Memórias – Trans 20”



Anexo 14. Dinâmicas em aulas de Dinâmicas de Grupo em Educação e Formação



Anexo 15. Cartaz do evento “Semana da Saúde 2020 - Saúde com a deVIDA distância”

FPCEUC | 2020

SEMANA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

ONLINE ZOOM
ID: 225 451 1766



PARE!

22
MAIO

ESCUTE!

29
MAIO

OLHE!

5
JUNHO

10H00 - 12H00 | Projetos Mercadoria Humana 4 e Norte: A importância da sensibilização para a prevenção e para a denúncia do Tráfico de Seres Humanos
Uma organização da "Saúde em Português" integrada na Semana da Saúde da FPCEUC | Programa próprio disponível em <https://www.saudeportugues.org/> e <https://www.uc.pt/fpce/>
Teresa Sousa | Associação das Cozinhas Económicas Rainha Santa Isabel

14H00 - 16H00 | Saúde com os Devidos Direitos | Webinar 1
Podemos falar de Saúde sem abrigo?
Teresa Sousa | Associação das Cozinhas Económicas Rainha Santa Isabel
Saúde das Comunidades com Direito a recursos
Bruno Gonçalves | Mediador Social | Letras Nômadeas - Associação de Investigação e Dinamização das Comunidades Ciganas
Moderação | Adriana Gomes e Madalena Albuquerque | MESDDL FPCEUC

15emana-Saúde: Promoção de um estilo de vida Saudável no Estado de Emergência através do Instagram
Dora Carvalho, Beatriz Carvalho, Catarina Fernandes | MESDDL FPCEUC
Moderação | Maria do Rosário Pinheiro | Docente da FPCEUC responsável pelo Gabinete de Apoio ao Estudante

14H00 - 16H00 | Educação para a Saúde: Estratégias e Recursos | Webinar 2
Saúde com a deVIDA distância - COVID-19 | Apresentação dos Recursos de Informação GAE - FPCEUC
Hugo Braga | Mestrado Integrado em Psicologia | Gabinete de Apoio ao Estudante
Desafios Sêniores e Confinamento Social: O jogo de cartas como proposta socioeducativa
Cátia Rebelo e Adriana Salgado | MESDDL FPCEUC
Covid-19 na Maleta Pedagógica: recurso de orientação parental
Inês Duarte e Teima Gonçalves | MESDDL FPCEUC
O mindfulness enquanto recurso parental e familiar na promoção da saúde mental: "momentos que contam"
Liliana Gonçalves | MESDDL FPCEUC
Cristina Quadros | Psicóloga, Orientadora do Programa de Redução de Stress baseado em Mindfulness - MBSR
Moderação | Maria do Rosário Pinheiro | Docente da FPCEUC responsável pelo Gabinete de Apoio ao Estudante

14H00 - 16H00 | Educação para a Saúde para Todos | Webinar 3
Todos Vacinam! Todos Previnem! - Um olhar sobre a prevenção da doença
Ana Coulinho, Ângela Silva e Adriana Nunes | MESDDL FPCEUC | Participação especial de Almeida Nunes, responsável pela rubrica de saúde no "Programa da Cristina" SIC
Comer e Conviver: Guia de Receitas Mágicas para priorizar a alimentação saudável
Margarida Almeida e Sofia Ventura | MESDDL FPCEUC
Os desafios da atividade física pós COVID-19: Como será o futuro?
Carolina Simões | MESDDL FPCEUC
Envelhecer "fora da caixa": movimento e alimentação para um estilo de vida saudável
Ana Ferreira e Lisandra Lopes | MESDDL FPCEUC
Albertina Oliveira | Docente da FPCEUC

16H15 - 19H15 | Promoção da Saúde Mental: Quando a Educação, a Psicologia e os Direitos Humanos se encontram | Fórum
"Amor de várias cores" - uma proposta de literatura para a promoção da igualdade e não discriminação
Autora: Cristiana Carvalho, Pedagoga | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul | Brasil
(Des)Equilíbrio - Propostas on-line para cuidar da saúde mental em tempos de pandemia
Rafaela Lei e Sara Matos | MESDDL FPCEUC
Rede COnVIDaMental - Construção de sinergias entre IES de Coimbra
Helena Rega Moura, Psicóloga | Instituto Politécnico de Coimbra
Projeto SMS Jovens e Educadores: Promoção da Saúde Mental em Contexto Escolar
Ana Paula Matos, Maria do Rosário Pinheiro e José Joaquim Costa | CINEICC - FPCEUC
"Toda a moeda tem duas faces": "Key facts" como estratégia de comunicação em literacia da saúde mental e depressão na adolescência
Ana Rita Saldanha e Tânia Ferreira | MCE, FPCEUC | Nuriá Nãf | MESDDL FPCEUC
A Saúde e os Direitos Humanos: O que nos dizem as associações
Rita Brito, Socióloga | IAKTO - Direitos Humanos e Democracia
Rita Lobo, Psicóloga | Associação Existências
Rita Marques e Raquel Matos | MCE, FPCEUC
Moderação: Cristiana Carvalho, Pedagoga | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul | Brasil

Organização: Gabinete de Apoio ao Estudante - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (FPCEUC) | Unidade Científica de Educação para a Saúde integrada no Modelo de Educação Social, Desenvolvimento e Dimensões Locais (MESDDL) e Mestrado em Ciências da Educação (MCE) sob a regência da Professora Maria do Rosário Pinheiro

Apoiado por: SAUDE EM PORTUGUES, CINEICC, AERES, e outros parceiros.

Apêndice 1. *PowerPoint* apresentado na aula de Educação para a Saúde



Mestrado em Ciências da Educação
Ano letivo 2019/2020

Estágio curricular na Associação Existências

RAQUEL MATOS FERREIRA

ORIENTADORA - PROFESSORA DOUTORA MARIA ROSÁRIO PINHEIRO

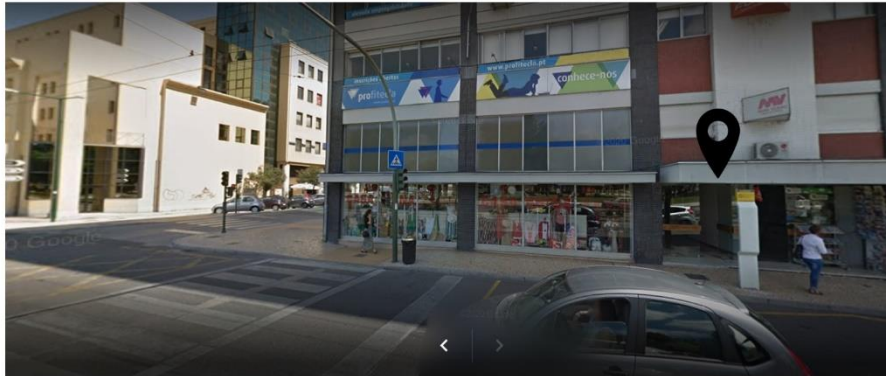


ASSOCIAÇÃO EXISTÊNCIAS

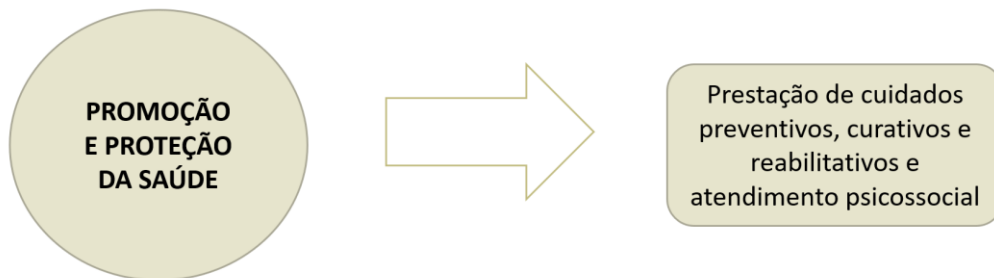
Sediada em Coimbra

Fundada a 30 de junho de 2004

Torna-se IPSS em 2011



Objetivo



OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Intervenção social
- Formação e Educação
- Apoio a crianças e jovens
- Apoio à família e à comunidade
- Apoio à integração social e comunitária
- Educação e formação dos técnicos
- Formação profissional, o apoio socioprofissional da população desfavorecida
- Intervenção na população do meio prisional
- Apoio ao cidadão com deficiência
- Proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou de diminuição de meios de subsistência ou capacidade de trabalho
- Cooperação internacional

PROJETOS

Área do VIH/Sida e IST

- ✓ Adão e Eva II
- ✓ Etapas positivas
- ✓ Acolher

Área das Dependências

- ✓ Nov'Ellos

PROJETOS

Área da Saúde Sexual e Reprodutiva

- ✓ Afetos

Área da Formação

- ✓ Capacitação para a Inclusão
 - ✓ Capacitação para o Investimento Social
-

PROJETO NOV'ELLOS

Redução de riscos e minimização de danos associados ao consumo de substâncias psicoactivas (lícitas e ilícitas) em ambientes recreativos.



- Distribuição de folhetos informativos e preservativos em espaços recreativos;
 - Prestação de informações/ esclarecimento de dúvidas sobre SPA e efeitos associados ao seu consumo;
 - Encaminhamento para a Existências ou outras instituições.
-

PROJETO ADÃO E EVA II

**Prevenção do VIH/Sida e de outras IST
e
Adoção de comportamentos preventivos.**



- Trabalho de campo direto, suportado por uma equipa móvel que prioriza a relação interpessoal, presta apoio psicossocial, transmite informação sobre VIH e outras IST e distribui material de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante e material assético para consumo de drogas);
- Promove-se ativamente a realização de rastreios (anónimos, confidenciais e gratuitos) de VIH, Sífilis, Hepatite B e C.

PÚBLICO-ALVO

**TRABALHADORES
DO SEXO
(TS)**

**UTILIZADORES DE
DROGAS
(UD)**

**HOMENS QUE
TÊM SEXO COM
HOMENS
(HSH)**

**SEM ABRIGO
(SA)**

Zonas de Intervenção



INTERVENÇÕES

UTILIZADORES DE DROGAS – PROGRAMA TROCA DE SERINGAS

DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL INFOMATIVO E PREVENTIVO

REALIZAÇÃO DE RASTREIOS AO VIH/SIDA E A OUTRAS IST

KIT Prevenção

Material assético para o consumo de drogas



- 2 seringas
- 2 filtros
- 2 toalhetes desinfetantes com álcool
- 2 recipientes (caricas)
- 2 ampola de água destilada
- 2 carteiras de ácido cítrico
- 1 preservativo

Material de prevenção



- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Gel de lubrificação

Aplicação do preservativo feminino



Rastreios VIH/Sida e outras IST

Realização de rastreios (anónimos, confidenciais e gratuitos) de VIH e outras IST, através da realização de testes rápidos de deteção de anticorpos anti-VIH1 e anti- VIH2, de Sífilis e de Hepatite B e C.

Os rastreios realizados com resultados reativos são atempadamente e de forma adequada referenciados e encaminhados para estruturas formais de saúde e de apoio social, garantindo o acesso eficaz ao SNS.

Rastreios

Projecto **SAÚDE 2020** EXISTÊNCIAS

FAÇA O TESTE DE VIH E DE OUTRAS IST CONNOSCO



Gratuito, Anónimo, Confidencial


Projecto aprovado e financiado por **DGS**



EQUIPAS DE RUA



CONTACTOS

 Av. Emídio Navarro, n.º 81 - 2.º A, 3000-151 Coimbra

 [239 837 033](tel:239837033) | [965 592 651](tel:965592651)

 a.existencias@gmail.com

 <https://www.facebook.com/a.existencias/>

Referências bibliográficas

Associação Existências (2018). *Relatório de Atividades*. Coimbra: Associação Existências

Departamento de Doenças Crónicas e IST. *Preservativo feminino – como usar*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=mneOzTExLal>

Apêndice 2. Questionário do projeto de investigação: Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo. (Versão 1 e Versão 2)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



EXISTÊNCIAS

Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo

No âmbito do Mestrado em Ciências da Educação realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com a supervisão científica da professora Doutora Maria Rosário Pinheiro, e do estágio na Associação Existências, com a supervisão da Dr.ª Maria Lobo, gostaria de o/a convidar a participar neste estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo.

A sua participação é voluntária e as informações deste estudo são confidenciais e apenas utilizadas para fins de investigação.

Dados Sociodemográficos

1. Idade: ___ anos
2. Género com que se identifica: Mulher (feminino) Homem (masculino) Não-binário Outro: _____
3. Nacionalidade _____ 4. Curso _____ 5. Ano _____
4. Instituição _____
5. Principal razão por que veio fazer o teste _____

Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (Varela & Pinheiro, 2008)

Por favor assinala com **uma cruz** consoante ache que a afirmação é **verdadeira (V)** ou **falsa (F)**.

	V	F
1. Tossir e espirrar NÃO transmitem o VIH.		
2. Uma pessoa pode apanhar o VIH partilhando um copo de água com alguém que tem VIH.		
3. Retirar/tirar o pénis antes de um homem atingir o "clímax"/orgasmo evita que uma mulher apanhe o VIH durante o sexo.		
4. Uma mulher pode apanhar VIH se tiver sexo anal com um homem.		
5. Tomar um duche/banho ou lavar as partes genitais após relações sexuais impede uma pessoa de apanhar o VIH.		
6. Todas as mulheres grávidas infetadas com VIH terão bebés que nascerão com SIDA.		
7. As pessoas que foram infetadas com o VIH, rapidamente demonstram sinais de estarem infetadas.		
8. Existe uma vacina que pode impedir os adultos de contraírem o VIH.		
9. As pessoas provavelmente apanharão o VIH através de beijos "profundos"/"molhados", colocando a sua língua na do(a) parceiro(a) se este tiver o VIH.		
10. Uma mulher não pode apanhar o VIH se fizer sexo durante a menstruação.		
11. Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a probabilidade ou hipóteses das mulheres contraírem o VIH.		
12. Um preservativo em pele natural funciona melhor contra o VIH, que um preservativo de "látex".		
13. Uma pessoa NÃO apanhará o VIH se ele ou ela estiverem a tomar antibióticos.		
14. Ter sexo com mais que um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.		
15. Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH.		
16. Uma pessoa pode "apanhar" o VIH sentando-se numa banheira de água quente ou numa piscina, com uma pessoa que tem VIH.		
17. Uma pessoa pode contrair o VIH/SIDA se fizer sexo oral.		
18. O uso de vaselina ou óleos com os preservativos diminui a probabilidade de apanhar o VIH.		
19. Os homossexuais, as prostitutas e os toxicodependentes são grupos de risco no caso da transmissão do VIH/SIDA.		
20. A melhor forma de evitar a transmissão do VIH numa relação sexual é o uso do preservativo.		
21. Não há qualquer possibilidade de um homem infetado com VIH conceber filho saudável.		
22. O HIV não se transmite através das picadas de insetos e não se apanha nas casas de banho públicas.		

23. Uma mãe seropositiva pode amamentar o seu filho.		
24. A única forma de se saber se nos encontramos infetados é realizar o teste do VIH/SIDA.		
25. Duas pessoas infetadas não precisam de se proteger durante relações sexuais, uma vez que ambos já estão infetados.		
26. O vírus do VIH pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.		
27. Uma pessoa com VIH é obrigada a informar que é portador do vírus.		
28. Os contraceptivos vendidos nas <i>sexshops</i> podem não ser seguros.		

EMARUP (Neto, 2004)

Para exprimir o seu grau de acordo ou desacordo, faça **um círculo no número** que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma, de acordo com a seguinte escala:

- 1 - Fortemente em desacordo
- 2 - Em desacordo
- 3 - Ligeiramente em desacordo
- 4 - Nem em acordo, nem em desacordo
- 5 - Ligeiramente de acordo
- 6 - De acordo
- 7 - Fortemente de acordo

1. Os preservativos não proporcionam uma proteção segura	1	2	3	5	6	7
2. Os preservativos constituem um método eficaz de controlo dos nascimentos	1	2	3	5	6	7
3. Os preservativos constituem um método eficaz para prevenir a propagação da sida e de outras doenças transmitidas sexualmente	1	2	3	5	6	7
4. O preservativo é uma forma de contraceção altamente satisfatória	1	2	3	5	6	7
5. Penso que os preservativos são um modo excelente de contraceção	1	2	3	5	6	7
6. Os preservativos não são seguros	1	2	3	5	6	7
7. O uso dos preservativos pode tornar o sexo mais estimulante	1	2	3	5	6	7
8. Os preservativos arruinam o ato sexual	1	2	3	5	6	7
9. Os preservativos são desconfortáveis para ambos os parceiros	1	2	3	5	6	7
10. Os preservativos são muito divertidos	1	2	3	5	6	7
11. O uso de um preservativo representa uma interrupção dos preliminares sexuais	1	2	3	5	6	7
12. É muito embaraçoso comprar preservativos	1	2	3	5	6	7
13. Quando tenho necessidade de preservativos, receio muitas vezes o facto de ter de os comprar	1	2	3	5	6	7
14. Não penso que seja incómodo comprar preservativos	1	2	3	5	6	7
15. Seria embaraçoso ser visto/a comprar preservativos numa loja	1	2	3	5	6	7
16. Sinto-me sempre realmente pouco à vontade quando compro preservativos	1	2	3	5	6	7
17. Quando sugiro utilizar um preservativo, estou quase sempre embaraçado/a	1	2	3	5	6	7
18. É verdadeiramente difícil levantar a questão do uso do preservativo com o/a meu/minha companheiro/a	1	2	3	5	6	7
19. É fácil sugerir ao/à meu/minha companheiro/a que utilizemos um preservativo	1	2	3	5	6	7
20. Sinto-me à vontade quando falo de preservativos com o/a meu/minha companheiro/a	1	2	3	5	6	7
21. Nunca sei o que dizer quando eu e o/a meu/minha companheiro/a devemos falar de preservativos ou de outra proteção	1	2	3	5	6	7
22. Se um casal está a ponto de fazer amor e o homem sugere a utilização de um preservativo, é menos provável que faça amor	1	2	3	5	6	7
23. Os homens que sugerem a utilização de um preservativo são verdadeiramente aborrecidos	1	2	3	5	6	7
24. As mulheres pensam que os homens que utilizam preservativos são asquerosos	1	2	3	5	6	7
25. Uma mulher que sugere a utilização de um preservativo confia no seu/sua companheiro/a	1	2	3	5	6	7
26. As pessoas que sugerem o uso do preservativo são um pouco ridículas	1	2	3	5	6	7

Obrigada pela participação!

Estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo

No âmbito do Mestrado em Ciências da Educação realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, com a supervisão científica da professora Doutora Maria Rosário Pinheiro, e do estágio na Associação Existências, com a supervisão da Dr.ª Maria Lobo, gostaria de o/a convidar a participar neste estudo sobre conhecimentos e atitudes em relação ao VIH/SIDA e ao preservativo.

A sua participação é voluntária e as informações deste estudo são confidenciais e apenas utilizadas para fins de investigação.

Dados Sociodemográficos

1. Idade: ___ anos
2. Género com que se identifica: Mulher (feminino) Homem (masculino) Não-binário Outro: _____
3. Nacionalidade _____ 4. Curso _____ 5. Ano _____
4. Instituição _____
5. Alguma vez realizou teste de VIH?
Se sim, qual o principal motivo: _____
Se não, porquê? _____

Questionário de Conhecimentos do VIH/SIDA (Varela & Pinheiro, 2008)

Por favor assinala com **uma cruz** consoante ache que a afirmação é **verdadeira (V)** ou **falsa (F)**.

	V	F
1. Tossir e espirrar NAO transmitem o VIH.		
2. Uma pessoa pode apanhar o VIH partilhando um copo de água com alguém que tem VIH.		
3. Retirar/tirar o pênis antes de um homem atingir o "clímax"/orgasmo evita que uma mulher apanhe o VIH durante o sexo.		
4. Uma mulher pode apanhar VIH se tiver sexo anal com um homem.		
5. Tomar um duche/banho ou lavar as partes genitais após relações sexuais impede uma pessoa de apanhar o VIH.		
6. Todas as mulheres grávidas infetadas com VIH terão bebês que nascerão com SIDA.		
7. As pessoas que foram infetadas com o VIH, rapidamente demonstram sinais de estarem infetadas.		
8. Existe uma vacina que pode impedir os adultos de contraírem o VIH.		
9. As pessoas provavelmente apanharão o VIH através de beijos "profundos"/"molhados", colocando a sua língua na do(a) parceiro(a) se este tiver o VIH.		
10. Uma mulher não pode apanhar o VIH se fizer sexo durante a menstruação.		
11. Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a probabilidade ou hipóteses das mulheres contraírem o VIH.		
12. Um preservativo em pele natural funciona melhor contra o VIH, que um preservativo de "látex".		
13. Uma pessoa NAO apanhará o VIH se ele ou ela estiverem a tomar antibióticos.		
14. Ter sexo com mais que um parceiro(a) pode aumentar a probabilidade de uma pessoa ser infetada com o VIH.		
15. Fazer um teste de VIH uma semana depois de ter sexo dirá a uma pessoa se ele ou ela têm VIH.		
16. Uma pessoa pode "apanhar" o VIH sentando-se numa banheira de água quente ou numa piscina, com uma pessoa que tem VIH.		
17. Uma pessoa pode contrair o VIH/SIDA se fizer sexo oral.		
18. O uso de vaselina ou óleos com os preservativos diminui a probabilidade de apanhar o VIH.		
19. Os homossexuais, as prostitutas e os toxicodependentes são grupos de risco no caso da transmissão do VIH/SIDA.		
20. A melhor forma de evitar a transmissão do VIH numa relação sexual é o uso do preservativo.		
21. Não há qualquer possibilidade de um homem infetado com VIH conceber filho saudável.		

22. O HIV não se transmite através das picadas de insetos e não se apanha nas casas de banho públicas.		
23. Uma mãe seropositiva pode amamentar o seu filho.		
24. A única forma de se saber se nos encontramos infetados é realizar o teste do VIH/SIDA.		
25. Duas pessoas infetadas não precisam de se proteger durante relações sexuais, uma vez que ambos já estão infetados.		
26. O vírus do VIH pode transmitir-se através do sexo oral desprotegido.		
27. Uma pessoa com VIH é obrigada a informar que é portador do vírus.		
28. Os contraceptivos vendidos nas <i>sexshops</i> podem não ser seguros.		

EMARUP (Neto, 2004)

Para exprimir o seu grau de acordo ou desacordo, faça um (X) no lugar do número que corresponde ao seu grau de concordância com a mesma, de acordo com a seguinte escala:

- 1 - Fortemente em desacordo
- 2 - Em desacordo
- 3 - Ligeiramente em desacordo
- 4 - Nem em acordo, nem em desacordo
- 5 - Ligeiramente de acordo
- 6 - De acordo
- 7 - Fortemente de acordo

1. Os preservativos não proporcionam uma proteção segura	1	2	3	5	6	7
2. Os preservativos constituem um método eficaz de controlo dos nascimentos	1	2	3	5	6	7
3. Os preservativos constituem um método eficaz para prevenir a propagação da sida e de outras doenças transmitidas sexualmente	1	2	3	5	6	7
4. O preservativo é uma forma de contraceção altamente satisfatória	1	2	3	5	6	7
5. Penso que os preservativos são um modo excelente de contraceção	1	2	3	5	6	7
6. Os preservativos não são seguros	1	2	3	5	6	7
7. O uso dos preservativos pode tornar o sexo mais estimulante	1	2	3	5	6	7
8. Os preservativos arruinam o ato sexual	1	2	3	5	6	7
9. Os preservativos são desconfortáveis para ambos os parceiros	1	2	3	5	6	7
10. Os preservativos são muito divertidos	1	2	3	5	6	7
11. O uso de um preservativo representa uma interrupção dos preliminares sexuais	1	2	3	5	6	7
12. É muito embaraçoso comprar preservativos	1	2	3	5	6	7
13. Quando tenho necessidade de preservativos, receio muitas vezes o facto de ter de os comprar	1	2	3	5	6	7
14. Não penso que seja incómodo comprar preservativos	1	2	3	5	6	7
15. Seria embaraçoso ser visto/a comprar preservativos numa loja	1	2	3	5	6	7
16. Sinto-me sempre realmente pouco à vontade quando compro preservativos	1	2	3	5	6	7
17. Quando sugiro utilizar um preservativo, estou quase sempre embaraçado/a	1	2	3	5	6	7
18. É verdadeiramente difícil levantar a questão do uso do preservativo com o/a meu/minha companheiro/a	1	2	3	5	6	7
19. É fácil sugerir ao/a meu/minha companheiro/a que utilizemos um preservativo	1	2	3	5	6	7
20. Sinto-me à vontade quando falo de preservativos com o/a meu/minha companheiro/a	1	2	3	5	6	7
21. Nunca sei o que dizer quando eu e o/a meu/minha companheiro/a devemos falar de preservativos ou de outra proteção	1	2	3	5	6	7
22. Se um casal está a ponto de fazer amor e o homem sugere a utilização de um preservativo, é menos provável que faça amor	1	2	3	5	6	7
23. Os homens que sugerem a utilização de um preservativo são verdadeiramente aborrecidos	1	2	3	5	6	7
24. As mulheres pensam que os homens que utilizam preservativos são asquerosos	1	2	3	5	6	7
25. Uma mulher que sugere a utilização de um preservativo confia no seu/sua companheiro/a	1	2	3	5	6	7
26. As pessoas que sugerem o uso do preservativo são um pouco ridículas	1	2	3	5	6	7

Obrigada pela participação!