



MÓDULO I

COMPREENDENDO A ADOLESCÊNCIA E A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA • O HIV E O SIDA E O ABUSO DE DROGAS

Compreendendo a adolescência e a sexualidade na adolescência	11
- Texto 1: A importância da cultura no comportamento humano	16
- Texto 2: As mudanças físicas que ocorrem na adolescência	18
- Texto 3: Compreendendo as mudanças na adolescência: sexo, sexualidade e comportamentos sexuais	24
- Texto 4: A maturidade sexual: imagens sexuais, crenças e concepções errôneas	31
• O HIV e o SIDA e o abuso de drogas	38
- Texto 5: Alguns conceitos: HIV e SIDA e UDI	40
- Texto 6: Habilidades para a vida na redução do uso de drogas	48

MÓDULO I

COMPREENDENDO A ADOLESCÊNCIA E A SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Objectivos:

Após o estudo deste módulo, o formando deverá ser capaz de:

1. Conhecer as mudanças físicas que acontecem na adolescência;
2. Identificar concepções e preconceitos sobre o sexo e a sexualidade na comunidade onde a Escola está inserida;
3. Descrever as mudanças cognitivas e emocionais durante a adolescência;
4. Definir os termos sexo e sexualidade;
5. Identificar as diferenças entre sexo e sexualidade;
6. Identificar as diferenças de maturidade sexual entre rapazes e raparigas;
7. Distinguir entre comportamento sexual saudável e não saudável;
8. Perceber que a cultura é um factor determinante no comportamento humano e nas percepções que temos ou que expressamos em acções ou atitudes sobre o comportamento dos indivíduos. Assim, os valores culturais são importantes para moldar comportamentos do actor que sofre a mudança no seu corpo, tal como são importantes para o actor que aborda, discute e trata essas mudanças, no papel de professor, por exemplo, uma vez que a cultura se traduz em modelos de comportamento.

Mensagem do Módulo:

No processo de crescimento, os jovens passam por muitas mudanças físicas e psicológicas com as quais não estão ainda preparados para lidar de forma responsável. A adaptação sexual é importante para o crescimento e desenvolvimento do adolescente até atingir maturidade. As atitudes ligadas à sexualidade formam-se antes e durante a adolescência, e a falta de comunicação com os pais ou pessoas mais velhas sobre essas questões provoca ansiedade no adolescente. Hoje em dia verifica-se a tendência de deixar essa importante tarefa de falar com os jovens às escolas e professores que podem não se sentir à-vontade, ou sentir-se embaraçados, para debater tais assuntos com os seus alunos.

Entretanto, nas sociedades africanas, nas comunidades em geral, e nas famílias em particular, existem actores sociais que têm esta tarefa, assim como existem ritos de iniciação à vida adulta em determinadas comunidades e grupos étnicos. Aí aquele conhecimento é transmitido aos jovens por pessoas culturalmente preparadas para desempenhar esta tarefa, pessoas essas que devem ser valorizadas numa interação entre a escola, a família e a comunidade. Estes actores sociais são oficiais dos ritos de iniciação à vida adulta. São homens e mulheres capacitados para fazerem este diálogo com os jovens, são **transmissores dos valores culturais destas comunidades**. São chamados de padrinhos e madrinhas, tios e tias, que explicam aos jovens, rapazes e raparigas, as mudanças que acontecem no corpo, questões de sexo e sexualidade, de uma maneira culturalmente aprovada na comunidade. Durante estes ritos, estes transmissores de valores culturais explicam aos jovens a mudança no corpo que os retira da infância e marca o início do processo de passagem para o meio dos





Introdução:

adultos. Como parte deste ensinamento, o jovem também aprende o que é o mundo dos adultos, e o que a comunidade espera dele como membro desse mundo.

Por vezes, a ênfase nestes ritos incide mais sobre a parte social do que sobre a corporal, pelo que a Escola - o/a professor/a - deve complementar aqueles ensinamentos com uma base científica. Pode acontecer, ainda, que os ritos fortaleçam mais o papel social do rapaz na comunidade e na família do que o da rapariga, cabendo assim à Escola introduzir no ensino um diálogo construtivo sobre as relações sociais de género baseado no princípio da equidade entre os sexos. Ou seja, o jovem é biologicamente diferente da rapariga, mas, salvaguardando as suas diferenças biológicas, os indivíduos dos dois sexos podem desempenhar papéis de valor na sociedade e ter os mesmos direitos.

À medida que os jovens crescem, passam por muitas mudanças. Acontecem mudanças no corpo, no comportamento e no modo como os outros esperam que eles se comportem. Mudam, também, os seus interesses e preocupações. Todas estas mudanças são normais e fazem parte do processo de crescimento. Mas crescer não é fácil. Este é o momento em que todos temos muitas perguntas e dificilmente encontramos as respostas. É muito difícil falar sobre o que passa pela nossa mente. Por que é que o nosso corpo está mudando? Por que é que temos uma erecção? Por que nos sentimos atraídos pelo sexo oposto ou por pessoas do mesmo sexo?

Nas comunidades africanas, a maioria das pessoas mais velhas não se sente à vontade para discutir abertamente estes assuntos com os jovens. Por isto, e tradicionalmente, a cultura tem quem faça este papel, e existem os ritos de iniciação, que no país são comuns em determinadas comunidades e grupos étnicos. Um papel a valorizar pela escola, para colmatar o facto de, principalmente nas áreas urbanas, os amigos (a malta), a TV, os filmes, as revistas e a imaginação se tornarem a fonte de informação. Muitas vezes, isto conduz a informações erróneas, a medos desnecessários e a situações de risco e vulnerabilidade ao HIV ou a outras Infecções de Transmissão Sexual (ITS).



- **Factores de risco** de contrair o HIV/SIDA:
São factores que podem contribuir para que o corpo venha a contrair o HIV/SIDA
- **Quanto à contracção do HIV:**
 - sexo desprotegido;
 - contacto com sangue contaminado, por exemplo, no caso de haver feridas;
 - contacto do órgão sexual, do ânus (sexo anal) ou da boca (sexo oral) com sémen contaminado;
 - uso de agulhas ou objectos cortantes (lâminas, facas, etc.) ou contudentes (pinças, estiletos, etc.) infectados;
 - transmissão vertical da mãe para a criança no momento do parto¹, ou no acto ou processo de aleitamento através de leite contaminado, em caso de mãe infectada com HIV ou com SIDA
- **Quanto à evolução para SIDA:**
O HIV penetra no corpo e, passado algum tempo, que varia de pessoa para pessoa, começa a destruir o sistema imunológico. Caso o HIV não seja tratado a tempo para manter o equilíbrio de glóbulos no sangue, o indivíduo afectado pode contrair o SIDA.
- **Situação de vulnerabilidade** à contracção do HIV e à evolução para SIDA:
Uma situação de vulnerabilidade é, por exemplo, o caso das mulheres que não conseguem conversar com o parceiro (que pode estar infectado) para utilizarem o preservativo. A situação de pobreza também constitui um factor de vulnerabilidade, podendo conduzir a uma relação de dependência da mulher relativamente ao homem, assim como do jovem, rapaz ou rapariga, relativamente a um adulto que pode estar infectado.

Uma vez **infectado com HIV**, a vulnerabilidade do indivíduo é agravada em situações de falta de higiene, alimentação insuficiente ou deficiente, não cumprimento de normas médicas respeitantes à toma dos anti-retrovirais, vida não saudável e positiva, consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas.

Não sabendo que está infectado, o indivíduo pode não ter consciência de que se deve proteger para não infectar os outros e para que ele próprio não venha a contrair uma nova infecção.

- **Vulnerabilidade das mulheres:**
Observe que os homens e as mulheres que têm mais de um parceiro sexual têm uma maior vulnerabilidade ao HIV. As trabalhadoras (ou os trabalhadores) do sexo têm assim uma alta probabilidade de contrair o HIV.

Note que os indivíduos infectados pelo HIV têm que se proteger no acto sexual, pois podem re-infectar-se, agravando o seu estado de saúde.

¹ Note que hoje já existe um tratamento que, quando seguido à risca, pode prevenir esta contaminação da mãe infectada com HIV para o bebé, já com muito bons resultados no país.



O ajustamento sexual é importante para ajudar o jovem a crescer e desenvolver-se como um indivíduo maduro. Além disso, a maturidade sexual pode conduzir à felicidade e à realização de futuras relações pessoais e sociais. As atitudes com respeito à sexualidade formam-se muito cedo, antes e durante a adolescência. No entanto, para os adolescentes é importante aprenderem dos adultos os assuntos relacionados com a sexualidade para serem capazes de entender e desenvolver atitudes saudáveis.

A adolescência é um período durante o qual ocorrem muitas mudanças físicas, emocionais e cognitivas. Na puberdade, tornam-se visíveis os sentimentos relacionados com a vontade sexual. O desenvolvimento da personalidade e identidade independente nos adolescentes é, muitas vezes, interpretado como um afastamento dos pais e da família e um aparente fracasso para se entenderem e comunicarem com os mais velhos.

A maior parte da confusão e ansiedade experimentadas durante a adolescência deve-se a falta de informação ou a ignorância sobre assuntos relacionados com sexo. A falta de comunicação sobre esses assuntos com os adultos provoca ainda mais ansiedade.

Para muitos jovens, os amigos e colegas passam a ser a principal fonte de informação sobre o sexo e a sexualidade. Isso acontece porque os adultos acham muito difícil falar dessa matéria, sem preconceitos, com os jovens. Os pais e professores devem encorajar os adolescentes a expressarem as suas opiniões sobre questões morais e valores, proporcionando-lhes um ambiente positivo para esses debates. Os adultos devem esforçar-se para apreciar e compreender os seus pontos de vista. Para lidar com a sua inquietação, precisamos de conhecer os factos relativos ao crescimento e distinguir os mitos da realidade.

Trata-se de um desafio na formação desta geração de professores, que abre espaço a uma maior aproximação entre a Escola e as famílias e comunidades. Uma interacção a ter lugar entre os que são responsáveis por transmitir a cultura na aceção de saber e práticas locais, e os responsáveis pela transmissão da cultura na aceção de educação formal, o que vai valorizar a cultura no seu todo, criando simultaneamente uma plataforma para melhor inserir a Escola no seio da comunidade.

Conteúdos:

1. Os sistemas reprodutores humanos;
2. Sexo, sexualidade e comportamentos sexuais;
3. Concepções erradas sobre sexo, sexualidade e comportamentos sexuais;
4. Papel da cultura no comportamento humano e nas percepções sobre o comportamento humano.



Actividades de Aprendizagem:

1. Identificar as partes que constituem o sistema reprodutor masculino e o sistema reprodutor feminino e as suas funções no corpo;
2. Compreender as diferenças entre sexo e sexualidade através de discussões abertas e exercícios;
3. Compreender em que consiste um comportamento sexual saudável ou de risco e evitar concepções erradas sobre sexo e sexualidade;
4. Jogos de animação usando factos, processos e diferentes contextos culturais (entre os quais meio urbano e meio rural).

Avaliação:

Pergunta - Resposta

1. Quais são as diferenças entre os sistemas reprodutores masculino e feminino? Indique-as usando um mapa ou desenho.
2. Quando notou pela primeira vez uma mudança física no seu corpo? Como se sentiu?
3. Como se sente em relação ao seu corpo e à sua sexualidade? Porquê?
4. Como diferencia um comportamento sexual saudável de um comportamento de risco?
5. Que concepções erradas sobre sexo e sexualidade conhece? Porquê?
6. Qual o papel da cultura na estruturação e percepção de comportamentos?

TEXTO DE APOIO 1

A IMPORTÂNCIA DA CULTURA NO COMPORTAMENTO HUMANO



Cultura como ideia e acção – modelos de e para comportamento

Cultura é ideia e é acção. Uma cultura exprime e é expressa por modelos de e para comportamento para indivíduos pertencentes a um determinado grupo. Esses modelos de comportamento, referem-se a ideias e práticas com a função de oferecer aos indivíduos o sentido de identidade e de como e porque assim se vive nas famílias, nas comunidades e nas sociedades em geral. Portanto, a cultura combina elementos cognitivos, expressivos e avaliativos, podendo assim ser tanto uma caixa de práticas (² Swindler 1986), que nos ajuda a perceber (por exemplo, ciência e religião) e agir no mundo (por exemplo, tecnologia e oração), como uma fonte de símbolos emocionais (por exemplo, a noção de identidade) e valores (por exemplo, liberdade e justiça) através dos quais nos orientamos na família, nas comunidades e na sociedade em geral, e justificamos as nossas acções perante nós próprios e o próximo.

Assim, neste sentido lato, as práticas culturais variam entre os diferentes grupos sociais, uma variação relacionada com outros aspectos de mudança social. Neste sentido, a cultura é dinâmica, fazendo-se no mesmo processo em que aprendemos cultura, a chamada *enculturação*. Cada ser humano, culturalmente socializado num meio cultural é responsável pela sua cultura. Entretanto, as sociedades possuem, regra geral, agentes que são por excelência os transmissores de cultura, responsáveis pela consolidação e reprodução social da cultura no processo de transmissão dos conhecimentos para a vida.

Os agentes transmissores de cultura nas comunidades africanas são, tradicionalmente: herboristas, médicos tradicionais e médiuns; matronas e parteiras tradicionais, juízes comunitários e chefes de linhagem, especialistas em rituais e cerimónias, perfazendo um corpo de especialistas em cultura a desempenhar múltiplas funções, por vezes acumuladas numa mesma pessoa.

São estes, os fazedores que tradicionalmente consolidam e reproduzem socialmente a cultura.

Entretanto, para ensinar aos jovens sobre sexo e sexualidade, os educadores são os oficiais especializados em conduzir os ritos de iniciação, os tios e tias, as madrinhas e os padrinhos.

O argumento para se sublinhar a importância do valor da cultura para se intervir no tecido social, é que, dos traços culturais que identificam os povos, o comportamento sexual, com regras e normas que criam e consolidam tabus e percepções sobre o que fazer, quando fazer, como fazer, e com quem fazer, talvez seja o que mais ligado está ao universo cultural do indivíduo. Por outras palavras, como o indivíduo nasceu e cresceu num mundo sócio-cultural e nele foi socializado, este processo de enculturação - de aprender cultura - vai ditar o seu comportamento quando se tornar um/a jovem sexualmente activo/a, e depois como adulto. Os códigos que guiam a vida diária foram apreendidos e consolidados neste meio sócio-cultural, são produtos deste meio, e é dentro dele que urge penetrar para melhor se conhecer a razão de ser dos comportamentos sociais, incluindo o sexual, como se formaram, como se reproduzem socialmente, e como é estruturado o seu funcionamento.

Este conhecimento do contexto é, assim, visto como necessário para através dele se abrir um espaço de diálogo da escola com os actores sociais que regem o processo de socialização, seja dentro da família alargada, seja com as instituições mais ligadas à cultura africana, como os oficiais que dirigem os ritos de iniciação em determinadas comunidades e grupos étnicos, as elites tradicionais onde se destacam, neste contexto da sexualidade, também os médicos tradicionais. Torna-se ainda importante considerar, para o contexto cultural do mundo jovem e adulto, o papel das confissões religiosas, das associações juvenis, etc., para melhor perceber o que se passa na vida dos próprios jovens e na interacção destes com colegas e amigos.

² Swindler, A. (1986) *Culture in Action: Symbols and strategies*. *American Sociological Review*, 51, 273-86.



De facto, a importância da cultura na maneira de ser e estar de todos nós é universalmente considerada para se perceber o sistema comportamental do indivíduo, independentemente do Estado de que este é cidadão.

Analisando o conceito de cultura para uma melhor compreensão das mudanças físicas que acontecem no corpo humano, de questões de sexo, sexualidade e comportamento sexual, é de dizer que cultura compreende a língua e a linguagem, estruturadas no idioma usado para se comunicar e nas expressões, gestos e atitudes e em todos estes se reflecte. Cultura compreende e reflecte ainda os sistemas de filiação que denominam os nossos familiares, e os termos que usamos para identificar a natureza, os objectos e as tradições que, muitas vezes, somente existem nas nossas zonas de origem. Cultura é ainda a expressão da organização social com um sistema jurídico que lhe é peculiar, um sistema educacional cívico, a maneira como são feitos os tratamentos de saúde em conjugação com a cosmologia psicológica do ser, e a estrutura de percepção do meio ambiente físico e cultural. Mas cultura, acima de tudo, como soma deste todo, são os valores e os hábitos que regem a nossa maneira de ser e estar no mundo social, regulando o nosso dia-a-dia, tanto na solidão das nossas reflexões, como nos momentos de contacto com o outro. Daí a importância de percebermos o conceito de cultura no contexto da vida do jovem, como indivíduo e como membro de diferentes colectivos, para penetrarmos no seu íntimo, onde está situado o que dita, impulsiona e regula a expressão da sua sexualidade.

Nesta perspectiva antropológica, cultura é um conceito que abarca a estrutura do mundo reflectido em como se vive, o comportamento social que regula o que fazemos, como e porque assim fazemos. Uma estrutura de saber apreendido que funciona como um código que nos faz fazer exactamente assim como fazemos, agir como agimos, ainda que, muitas vezes, não associemos nossas acções directa ou conscientemente a este princípio de pensar e agir culturalmente.

TEXTO DE APOIO 2 AS MUDANÇAS FÍSICAS QUE OCORREM NA ADOLESCÊNCIA



- **Anatomia dos órgãos sexuais masculinos e femininos:**

Compreender a anatomia masculina e feminina é a melhor base para se dar início ao conhecimento de questões de carácter sexual. Esse conhecimento é essencial para se compreender como os órgãos de reprodução funcionam, para explicar a gravidez e para ajudar os adolescentes a desenvolverem as suas habilidades.

Os ÓRGÃOS SEXUAIS MASCULINOS e suas funções são:

Pénis:	Órgão masculino de copulação;
Escroto:	Uma bolsa atrás do pénis que contém os testículos e tem a função de controlar a temperatura necessária para a produção de esperma e sua sobrevivência;
Testículos:	Duas glândulas redondas com origem no escroto e que se prolongam até ao epidídimo, produzem e armazenam esperma desde a puberdade e produzem também a hormona masculina testosterona;
Vesícula seminal:	Uma estrutura com a forma de um saco que fica atrás da bexiga; segrega um fluido espesso, de aspecto lácteo, chamado líquido seminal, que faz parte do sémen;
Glândula da próstata:	Glândula localizada na pélvis masculina que segrega um líquido leitoso que faz parte do sémen. O sémen é um líquido branco, leitoso que passa para fora do pénis quando há ejaculação. O sémen possui esperma, secreções da glândula da próstata e líquido seminal;

FUNÇÕES DO PÉNIS

Erecção:	O processo através do qual o pénis se enche de sangue e cresce tenso em resposta a pensamentos, fantasias, temperatura, toque ou excitação;
Ejaculação:	Lançamento do sémen pelo pénis, causado pela excitação sexual. Este lançamento pode acontecer em outras situações que não a relação sexual. Pode acontecer durante a noite e é normalmente chamado de “sonhos molhados”, no entanto, a ejaculação não ocorre somente por causa de sonhos sexuais. É mais correcto designarem-se estes lançamentos de “emissões nocturnas”. São um acontecimento natural e normal.

Órgãos sexuais e reprodutores masculinos

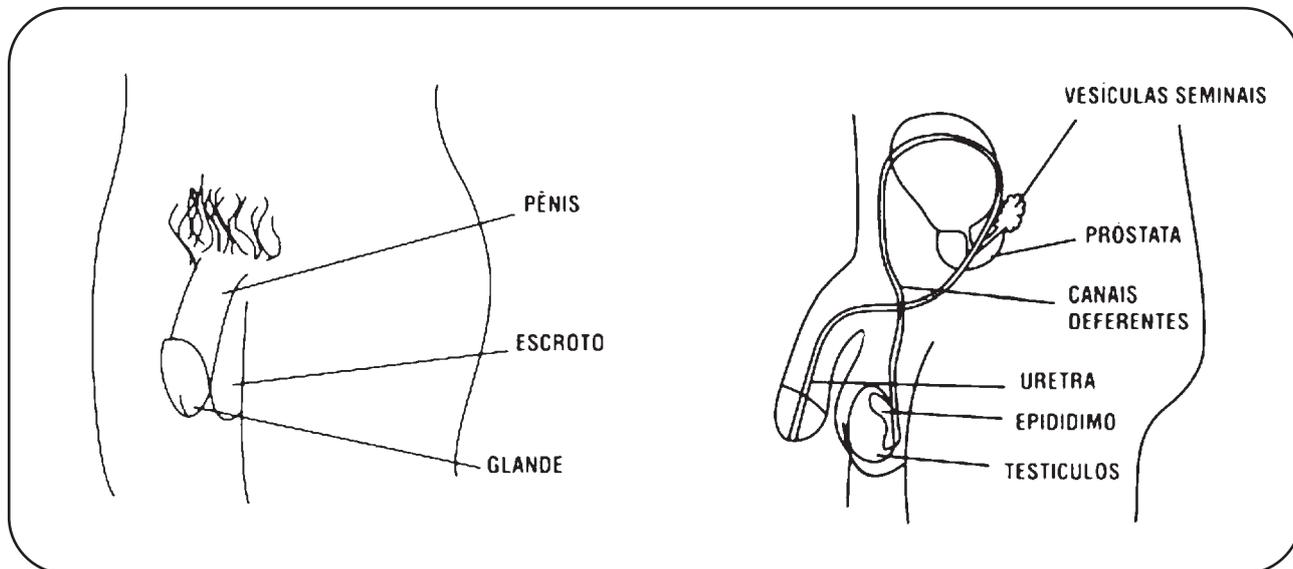


Imagem: Pathfinder International



Os ÓRGÃOS SEXUAIS FEMININOS são:

- Grandes lábios:** Duas formações grandes que cobrem os pequenos lábios e protegem o clítoris e as aberturas da uretra e da vagina;
- Pequenos lábios:** Duas formações menores que protegem directamente as aberturas da vagina e da uretra;
- Clítoris:** Uma estrutura pequena que se localiza na ponta onde os pequenos lábios se juntam; é o ponto de estimulação sexual da mulher;
- Abertura vaginal:** Localiza-se entre a abertura da uretra e o ânus; Ponto de entrada do pênis durante a relação sexual, e local de saída do sangue menstrual e do bebé no parto;
- Vagina:** Passagem que vai do útero para fora do corpo; canal através do qual o bebé passa durante o parto, assim como a menstruação. É capaz de se expandir durante a relação sexual e o parto. Fica lubrificada durante a estimulação sexual;
- Pélvis:** Uma bacia óssea que providencia apoio e protecção aos órgãos reprodutores internos e outros;
- Hímen:** Uma membrana que estica e fecha parcialmente o orifício da vagina. Embora se possa romper durante a actividade física ou sexual, o seu estado intacto significa virgindade. Existem muitos mitos relacionados com o hímen;
- Colo do Útero:** A boca ou abertura do útero; projectado para fora na parte superior da vagina;



Útero:

Órgão muscular em forma de pêra localizado na região pélvica. A partir da puberdade, o forro do útero derrama periodicamente (mensalmente) a menstruação; é no útero que o ovo fertilizado se desenvolve num embrião, depois num feto durante a gravidez;

Trompas de Falópio:

Passagem para os óvulos dos ovários para o útero; local onde o óvulo é fertilizado. Os seus movimentos empurram o ovo para o útero. Quando por alguma razão o ovo não vai para o útero, dá-se uma gravidez na trompa, a gravidez ectópica ou extra-uterina, em que o óvulo fertilizado se implanta na trompa e nela se desenvolve o embrião e depois o feto;

Ovários:

Dois órgãos de forma oval localizados na região pélvica. Os ovários produzem as hormonas sexuais femininas - o estrogénio e a progesterona - e é neles que amadurecem os folículos ováricos transformando-se em óvulos, que são alternadamente lançados nas

Órgãos sexuais e reprodutores femininos

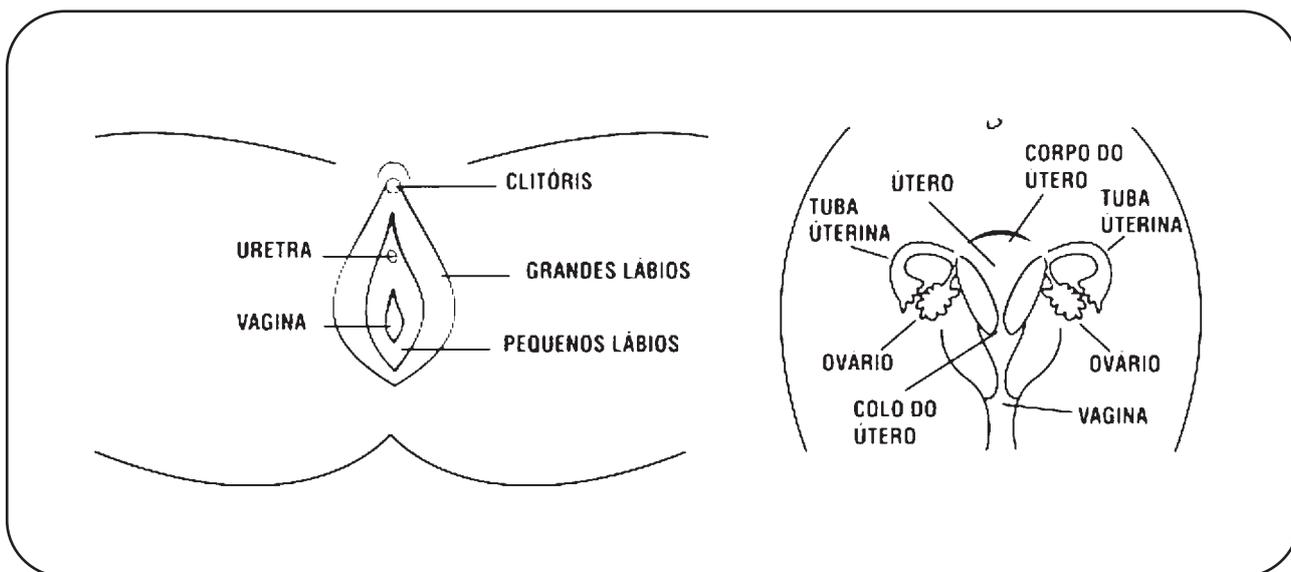


Imagem: Pathfinder International

FUNÇÕES DOS ÓVULOS E OVOS

Óvulos:

Produzidos nos ovários sob a acção das hormonas, e lançados para as trompas durante a ovulação. O óvulo não fecundado pelo espermatozóide sai com a menstruação. Os óvulos são células sexuais femininas ou gâmetas femininos que depois da fecundação se transformam em ovo, e depois em embrião;

Ovo:

Óvulo fecundado na trompa pelo espermatozóide e no qual está inserido o novo ser e os líquidos nos quais se irá desenvolver. A este processo se dá o nome de concepção; é este ovo que, desenvolvendo-se, irá dar origem a um novo ser, semelhante aos seus progenitores;

**Ovulação:**

Acontece quando um ou mais óvulos produzidos nos ovários são lançados para as trompas de falópio e se tornam disponíveis para a fertilização; acontece 14 dias antes do início da menstruação; Nas adolescentes, a menstruação é irregular e a primeira ovulação pode não coincidir com o primeiro período menstrual. Normalmente é lançado na trompa um óvulo todos os meses;

Fertilização:

É a união entre um óvulo e um espermatozóide. Este processo acontece na trompa de falópio;

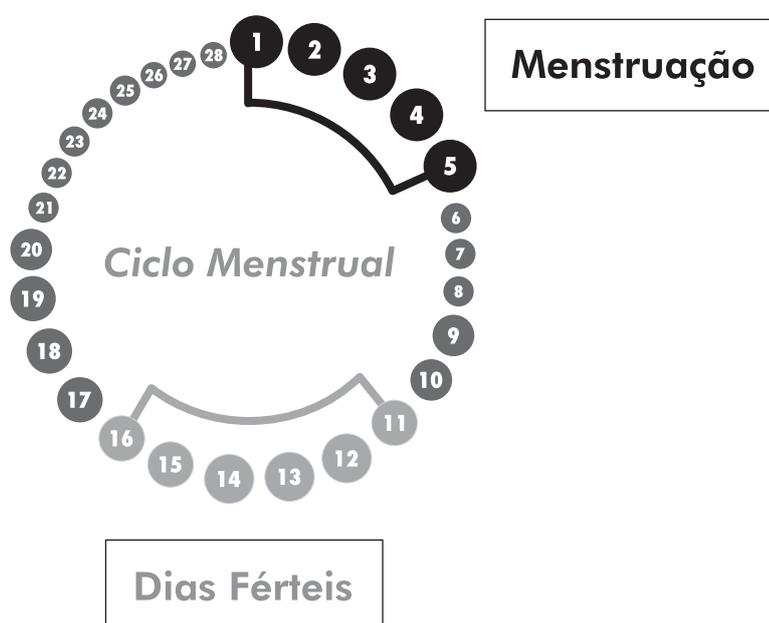
Menstruação:

É o fenômeno fisiológico do período fértil da mulher, que permite a eliminação periódica do endométrio uterino com fluxo sanguíneo e o óvulo, que não foi fecundado. A menarca (primeiro período menstrual) geralmente acontece por volta dos 12 anos de idade, mas pode variar entre os 8 e os 16 anos. O ciclo menstrual é comandado por uma glândula chamada hipófise.

- *Significado:* O início da menstruação assinala o desenvolvimento e maturação física da rapariga para a reprodução;
- *Função:* Derrame periódico do forro uterino, o fluido menstrual, que se havia preparado para receber o ovo e depois o feto, se tivesse havido fertilização e concepção. A menstruação é o forro uterino e o óvulo não fecundado;
- *Idade de início:* A idade da primeira menstruação varia entre os 8 e 16 anos;
- *Término:* A menstruação cessa temporariamente durante a gravidez, depois de doença longa, tensão física, trauma mental, e termina permanentemente entre os 45 e os 55 anos de idade;
- *Duração do ciclo:* O ciclo menstrual ou menstruação tem, em média, uma duração de 28 dias; porém, os intervalos entre uma menstruação e outra podem ser irregulares nas raparigas jovens, podendo ir até 30 ou mais dias;
- *Duração do Fluxo:* O fluxo menstrual dura, em média, 2 a 7 dias; a quantidade de fluxo também pode variar e algumas raparigas podem apresentar câibras, dores (cólicas) causadas por contracções do útero;
- *Higiene:* Um a dois banhos por dia são uma necessidade absoluta durante o período menstrual; porém, pode haver necessidade de mais banhos durante o dia. É importante, durante este período, o uso de pensos higiénicos comprados nas lojas ou feitos em casa com panos (que devem ser lavados), e que devem ser mudados frequentemente.



Ciclo menstrual



• A Puberdade

A **puberdade** é o período da adolescência em que ocorrem determinadas transformações biológicas. A puberdade não deve ser confundida com a **adolescência**. A puberdade é uma fase da adolescência. É o período em que aparecem os caracteres sexuais secundários - brotos mamários (peito ou seios), aumento dos testículos e o desenvolvimento de pêlos púbicos, até ao completo desenvolvimento físico e paragem de crescimento.

A idade de início da **puberdade** varia muito de indivíduo para indivíduo. No sexo feminino ocorre comumente entre os 9 e os 12 anos e, no masculino, entre os 10 e os 14 anos. O processo de crescimento e desenvolvimento da adolescência ocorre em diversas partes do organismo. Porém, as manifestações mais evidentes e marcantes relacionam-se com o aumento da altura e do peso e com a maturação sexual.

Nas comunidades africanas existem, regra geral, os ritos de iniciação, que têm lugar em determinadas comunidades e grupos étnicos, para tratar das inquietudes dos jovens neste período da puberdade. Nestes ritos, os oficiantes ensinam questões relacionadas com o corpo, como a higiene, mas também iniciam a preparação do jovem para a vida adulta. Por vezes, as raparigas são impelidas ao casamento depois de terem passado pelos ritos de iniciação, mesmo sem terem condições de maturidade biológica e social para tal.

De facto, a puberdade implica mudança de características biológicas, que são universais, ocorrendo de forma semelhante em todos os seres humanos. Entretanto, estas características não são imutáveis, podendo ser modificadas ou interrompidas por factores psicológicos como medo, ansiedade, depressão, perdas afectivas, ou físicos, como actividade física intensa, desnutrição ou consumo de substâncias químicas, lícitas ou não.

Considera-se **puberdade atrasada** a ausência de qualquer característica sexual secundária, nas meninas a partir dos 13 anos de idade e, nos rapazes, a partir dos 14 anos de idade. Há uma **puberdade precoce** quando o início das características sexuais nas meninas ocorre antes dos 8 anos e nos meninos antes dos 9 anos de idade.



- **Período da Adolescência**

A Adolescência é uma das etapas do desenvolvimento humano que se caracteriza pela ocorrência de alterações físicas, psíquicas e sociais, fazendo com que a criança se torne adulta. Adolescente é o indivíduo que se encontra entre os 9/10 anos e os 19/20 anos.

Os aspectos físicos da adolescência (crescimento, maturação sexual) são os componentes da **puberdade**, vivenciados de forma semelhante por todos os indivíduos. Quanto às dimensões psicológica e social, são vivenciadas de maneira diferente em cada sociedade, em cada geração e em cada família, sendo singulares até mesmo para cada indivíduo.

Mudanças físicas:

Entre os 7 e os 9 anos, tanto os rapazes como as raparigas crescem para se tornarem jovens homens e mulheres. Num período relativamente curto, entre 2 a 3 anos, eles passam por um crescimento conhecido como *jacto de crescimento*. Neste período, tanto os rapazes como as raparigas passam por um rápido crescimento em peso e altura. No entanto, o *jacto de crescimento* inicia-se dois anos mais cedo nas raparigas do que nos rapazes. Em aproximadamente nove anos, os rapazes ganham cerca de 36 centímetros de altura e 25 kg de peso, enquanto as raparigas ganham cerca de 24 centímetros de altura e 21 kg de peso.

A rápida aceleração do crescimento em altura e peso é acompanhada por mudanças nas proporções do corpo. Alguns adolescentes crescem muito rapidamente, enquanto outros têm um crescimento mais lento que a média. Crescem as mãos e os pés, atingindo o tamanho de adulto, e as raparigas ficam com as ancas arredondadas e largas. Acontecem mudanças também na face, crescendo o nariz, a boca e o queixo. A estas mudanças juntam-se as do sistema reprodutivo que conduzem à maturidade sexual. É nesta fase que se tornam evidentes as diferenças entre rapazes e raparigas.

As mudanças são de dois tipos: as que ocorrem nos órgãos sexuais primários, como o pénis e os testículos, nos rapazes, e a vagina e os ovários, nas raparigas, e as visíveis em outros lugares do corpo; as características sexuais secundárias como sejam: o peito, mudança de voz, tornando-se mais fina e definida, e o aparecimento do ciclo menstrual todos os meses (menstruação ou regras) nas raparigas, enquanto nos rapazes surge a barba e o bigode, a produção do sémen, mudanças na voz, ficando esta mais rouca e grossa. Nos dois sexos aparecem os pêlos púbicos, os pêlos nas axilas, a pele torna-se oleosa e aparecem borbulhas na cara (acne). Todas estas mudanças devem-se à entrada em funcionamento das hormonas masculinas e femininas.

TEXTO DE APOIO 3

COMPREENDENDO AS MUDANÇAS NA ADOLESCÊNCIA: SEXO, SEXUALIDADE E COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Entendendo o sexo e a sexualidade

Sexo. s. m. (Do lat. *sexus*):

(Do Dicionário da Língua Portuguesa da Academia de Ciências de Lisboa, Academia de Ciências de Lisboa e Editorial Verbo, 2001)

1. Características físicas que diferenciam no humano, em numerosas espécies animais e em algumas de vegetais cada um dos dois intervenientes no processo de reprodução das espécies. *Há moluscos que têm dois sexos.*
2. Conjunto das pessoas que possuem a mesma morfologia relativamente ao aparelho sexual, mulheres e homens. *O concurso é aberto a ambos os sexos.*
3. Órgãos genitais externos do homem da mulher. *A ecografia permitiu ver o sexo do bebé.*
4. Conjunto das características físicas, psicológicas e outras próprias do masculino ou do feminino. *Todos nós temos alguma coisa do outro sexo.*
5. Actividade através da qual pessoas e animais podem dar origem a novos seres; reprodução.
6. Actividade sexual; relações sexuais. **fazer sexo**, ter relações sexuais; **sexo seguro**, acto sexual praticado com o uso de preservativo, para evitar a transmissão de doenças;
7. Prazer orgânico associado ao estímulo dos órgãos genitais; prazer sexual.

Portanto, a palavra sexo é usada para se referir aos órgãos sexuais, à relação sexual (os actos físicos relacionados com a reprodução sexuada) e ainda a outros comportamentos da sexualidade humana.

Neste contexto, podemos definir **“sexo”** como o conjunto de características genéticas anatómicas e hormonais que distinguem o homem da mulher.

Sexualidade. s. f. (De sexo + suf. *-i-dade*).

(Do Dicionário da Língua Portuguesa da Academia de Ciências de Lisboa, Academia de Ciências de Lisboa e Editorial Verbo, 2001)

1. Conjunto das características morfológicas ou fisiológicas, internas ou externas, dos seres que se reproduzem sexualmente.
2. Conjunto dos comportamentos relativos ao instinto sexual e à sua satisfação.

A **sexualidade** diz respeito às qualidades próprias do sexo e também ao modo de realizar qualquer comportamento erótico.

A sexualidade trata de assuntos como emoções, convicções, relações interpessoais, e a imagem de si próprios. É, sem dúvida, muito mais do que o simples sexo. Todos os seres humanos são sexuais e desenvolvem a sua sexualidade a partir de um grande número de influências sociais, culturais, biológicas, económicas e educacionais. A sexualidade é um assunto multifacetado e sensível. Existe quase sempre certa confusão sobre como melhor tratar este assunto.



A cultura desempenha um papel considerável neste processo de interiorizar o sexo e a sexualidade. De facto, são os elementos culturais que identificam grupos sociais, urbanos e rurais, que regulam os aspectos, que podem diferenciar de meio para meio, na percepção da sexualidade. Assim, a qualidade da sexualidade é própria do sexo, mas como ela é expressa varia consoante os valores culturais, incluindo os valores religiosos.

A adolescência é um tempo de experimentação e de curiosidade. A sexualidade, muitas vezes, ultrapassa as características ou configurações biológicas, porque, na espécie humana, implica a inserção de carácter psico-emocional e de inúmeras subtilidades e circunstâncias ambientais, que modificam o registo biológico do ser humano.

Em cada indivíduo, a **sexualidade** define as suas preferências, predisposições ou experiências sexuais, assim como a experimentação e descoberta da sua identidade e actividade sexuais, num determinado período da sua existência. Este termo é completamente diferente da noção de reprodução animal associada ao sexo. Se a reprodução se prende com o nível físico do homem enquanto animal, a **sexualidade** refere-se ao plano psicológico do indivíduo, que é regulado pelo seu meio e pelo contexto sócio-cultural. Assim, a sexualidade de um indivíduo pode ser fortemente afectada pelo ambiente sócio-cultural, incluindo o religioso, que o envolve. Em algumas partes do mundo, a explicitação ou manifestação aberta da sexualidade ainda é considerada uma ameaça aos modelos político-sociais ou religiosos de comportamento.

A **sexualidade humana** é, também, uma função que está muito ligada à personalidade de cada pessoa e manifesta-se ao longo de toda a sua vida a partir do nascimento. É particularidade da sexualidade a forma como a pessoa:

- se sente como pessoa
- se sente como homem ou mulher
- se relaciona com o outro, de qualquer género.

É o modo como a pessoa pensa, sente e se comporta.

As atitudes sexuais das crianças formam-se na fase inicial da infância. Os desejos sexuais, porém, só aparecem na puberdade. Nesse momento, muitas mudanças acontecem no rapaz e na rapariga. Há um aumento súbito no crescimento do corpo. Aparecem os caracteres sexuais secundários transformando rapidamente a forma do corpo da mulher e do homem. No rapaz, a puberdade e a adolescência começam com o aparecimento das *poluções nocturnas*. O pénis, os testículos e o escroto aumentam, e os pêlos púbicos, axilares e do corpo aparecem. O aparecimento de pêlos no corpo, na face, no peito e nas extremidades são condicionados pelas características hereditárias e raciais e são, por isso, muito variáveis. A voz do rapaz torna-se mais grave. O próprio corpo torna-se mais musculoso, enquanto o da rapariga se torna mais arredondado.

Nesta altura, o rapaz começa a experimentar o desejo sexual. As forças sexuais nele despertadas tornam-no bastante e repentinamente consciente do prazer sensual forte que pode ser associado aos seus órgãos genitais. No adolescente (rapaz), uma excitabilidade sexual elevada tende a conduzi-lo à masturbação. No rapaz, os impulsos sexuais são mais de tipo genital. Na rapariga, os desejos sexuais são mais difusos e, em geral, associados mais a emoções, não raramente com a formação de um lar.



O impulso sexual despertado na adolescência produz na juventude, particularmente nos rapazes, uma certa mudança de carácter, pelo que, muitas vezes, os mais velhos os consideram diferentes e difíceis. Mudam facilmente de humor e são impulsivos. Mostram dificuldades em concentrar a sua atenção em qualquer coisa durante certo período de tempo. Frequentemente, o próprio desempenho escolar é afectado nesta fase. Os rapazes ficam, normalmente, mais interessados no relacionamento com os amigos, ocupando-se mais com actividades físicas vigorosas como o futebol, o basquetebol, a natação, e outros desportos semelhantes.

Em ambos os sexos, aparecem os primeiros sinais de uma personalidade e existência independentes, manifestando-se na retirada ou afastamento emocional da sua casa e família. Os adolescentes parecem fracassar na comunicação com os pais ou os mais velhos, e os pais com seus filhos. Estas situações marcam de certo modo o seu ingresso neste período de desenvolvimento pessoal.

Este é, na realidade, um período crítico durante o qual os pais deveriam ter uma maior compreensão em relação ao comportamento dos adolescentes. Os pais deveriam reconhecer as características especiais do despertar da sexualidade, não interpretando esse comportamento apenas como rebeldia. O facto de existir este período na vida do jovem, e do jovem ser parte integrante de uma comunidade, oferece à Escola uma oportunidade única, ou para se recuperar, caso tenha sido votado ao esquecimento, ou para se valorizar, caso esteja em pleno uso, o papel que a cultura africana desempenha para manter vivo um diálogo com os jovens neste período difícil da adolescência. Não é um papel para os pais nem para a Escola manter o diálogo com o jovem, mas, assim como os pais recorrem aos “educadores com base cultural” existentes no seio da comunidade, a Escola também pode, ou deve, fazê-lo, e funcionar como facilitador nesse diálogo do jovem em contacto com a comunidade, interagindo com os fazedores de cultura que se expressam no papel de oficiantes dos ritos de iniciação, os chamados padrinhos e madrinhas, por vezes tios ou tias dos jovens rapazes e raparigas. Com esta interacção, a Escola vai compreender melhor o mundo dos jovens, rapazes e raparigas, e como melhor interagir com estes no processo de ensino e aprendizagem virado para a problemática do HIV e do SIDA. Pelo facto de a adolescência ser um processo complexo em qualquer universo sócio-cultural dado, a ligação estreita da Escola, no seu papel de educador formal, com a comunidade, que educa o jovem no seio da sua cultura, torna-se crucial para acompanhar bem este processo e ser um sujeito interventor no problema do HIV e do SIDA quando este surgir, caso seja necessário.

À medida que atingem a maturidade psicosexual, os rapazes e as raparigas passam a identificar mais claramente o amor e o sexo. Alguns rapazes, condicionados pela manifestação sexual puramente física e por desconhcerem que estão a atingir maturidade psicosexual, ficam embaraçados e envergonhados quando, mais tarde, se apaixonam, uma emoção que culmina com uma manifestação sexual. Isto deve-se ao facto de nas suas experiências anteriores se terem interessado pelo simples prazer sexual. Daí sentirem não ser merecedores desta sexualidade expressa no objecto do seu amor.

Outros rapazes não alcançam totalmente o grau de maturidade sexual pela qual o sexo se expressa numa relação interpessoal íntima com uma mulher. Desta forma, continuarão, ao longo das suas vidas, à procura da satisfação sexual puramente física ou biológica fora de contexto emocional, ficando, assim, atrofiados no desenvolvimento da sua sexualidade e com uma personalidade imatura.



Fases de desenvolvimento: as fases de desenvolvimento descrevem tendências gerais. Essas fases não expressam necessariamente o processo de uma determinada criança, podendo sobrepor-se.

- *A adolescência inicia-se com a puberdade entre os 8 e os 12 anos de idade nas raparigas e entre os 10 e os 14 anos nos rapazes:*
 - O jovem começa por se juntar aos seus iguais (adolescentes).
 - Vacila entre a união e a rebeldia.
 - Esforça-se por adquirir a sua independência.
 - Pode sentir-se confuso e preocupado com o seu corpo, questionando-se: “Sou normal?”
 - Pode experimentar comportamentos sexuais com adolescentes do mesmo sexo.
 - Começa a pensar em termos abstractos
- *A meio da adolescência, entre os 13 e os 16 anos nas raparigas e entre os 14 e os 17anos nos rapazes:*
 - Continua o esforço para estabelecer a sua identidade separada dos pais
 - Torna-se frequentemente idealista e altruísta
 - Interessa-se por encontros, explorando (procurando conhecer) o sexo
 - Ama intensamente, “desesperadamente”
 - Continua a desenvolver pensamentos abstractos
- *No final da adolescência: por volta dos 16 anos ou mais, nas raparigas, e depois dos 17 ou mais, nos rapazes*
 - Declara a sua independência
 - Estabelece uma imagem fixa do seu corpo
 - Ama de forma mais realista, desenvolve compromissos
 - O grupo de amigos é menos importante, tornando-se mais selectivo na escolha de amigos
 - Desenvolve bases mais consistentes de valores morais e éticos.
 - Torna-se capaz de pensar abstractamente
 - Define metas na sua vida

Fases do desenvolvimento

Independência: Os adolescentes precisam de se tornar menos dependentes dos pais. Eles começam a trocar os pais pelos grupos de amigos ou sistemas de valores para alcançar a independência. Esta troca pode significar rebeldia.

Identidade: Os adolescentes lutam por definir-se e por aquilo que pretendem realizar. Eles estão respondendo a perguntas como: “Quem sou eu? O que posso ser?” Este processo envolve a experimentação. Os adolescentes precisam de desenvolver a sua identidade e os papéis de género, uma imagem positiva do seu corpo, auto-estima e competência.

Intimidade: A adolescência é a fase de preparação para as relações amorosas. Nesta fase, os adolescentes aprendem a expressar e a gerir as suas emoções. Desenvolvem a capacidade de amar, de ser amado, e de ter intimidade no relacionamento com outras pessoas.

**Integridade:**

Nesta fase, os adolescentes desenvolvem as bases para ordenar valores, partindo das bases fornecidas pelos pais. No entanto, a partir de grupos de amigos, dos meios de informação, da educação etc., aumentam os seus conhecimentos, o que lhes permite escolher em que acreditar e como se comportar.

Intelecto:

A capacidade intelectual do adolescente aumenta nesta fase, passando do pensamento concreto para o pensamento abstracto. Muitos adolescentes passam a ter um pensamento conceptual e a compreender a lógica e razão dedutiva. Esta capacidade crescente aumenta a sua auto-estima, valorizando as suas visões intelectuais e o ver as coisas de um ponto de vista idealista. (UNESCO, 1991)

Mudanças emocionais:

O aumento da actividade hormonal durante a adolescência produz mudanças no estado emocional do adolescente. Experimenta frequentes mudanças de humor, variando de momentos de extrema felicidade para momentos de extrema tristeza. Às vezes, rebentam de ira ou em lágrimas.

O impulso sexual surge tanto nos rapazes como nas raparigas. Trata-se de um impulso relacionado com a necessidade sexual. É um instinto biológico natural. Os resultados imediatos do impulso sexual no adolescente são:

- Atração pelos membros do sexo oposto (para os heterossexuais) ou do mesmo sexo (para os homossexuais)
- Paixões (por pessoas do sexo oposto ou do mesmo sexo)
- Desejo de experimentar a relação sexual (o que se torna perigoso no contexto em que vivemos, de HIV e SIDA e ITS)
- Necessidade de contacto físico e relações emocionais intensas com os seus companheiros e amigos do mesmo sexo ou do sexo oposto

Durante este período, os amigos e companheiros tornam-se muito importantes para o adolescente. Muito importantes, também, são a aceitação e a popularidade entre os seus companheiros. Para se ganhar a aceitação no grupo de amigos, começa-se pela adopção das normas e comportamentos prevalecentes no grupo (usando gíria, fumando, penteando-se do mesmo modo, usando o mesmo estilo de roupa, etc.). É nessa fase que alguns adolescentes experimentam o sexo e drogas (*das quais falaremos mais adiante neste módulo*). Também se desenvolve a necessidade de independência e aumenta a consciência do seu ego (eu).

Mudanças cognitivas:

Uma das principais características do pensamento do adolescente é o pensamento sistemático. Os adolescentes desenvolvem a capacidade de organizar os seus pensamentos, reflectir sobre eles e chegar, depois, a uma decisão que possam implementar. Por exemplo, se der a um adolescente, de 16 anos, uma certa quantia em dinheiro para ir fazer compras, ele ou ela irão ao mercado ver o que há disponível, escolher o que ele ou ela gostam e depois comprar. Uma criança de 6 anos, porém, compra logo a primeira coisa que vê.



Os adolescentes também são capazes de ter um pensamento abstracto: a capacidade de imaginar fenómenos concretos, hipotéticos ou imaginários. Isto inclui a compreensão de conceitos de matemática, física, geografia etc. Os adolescentes tornam-se mais criativos e procuram experimentar coisas e ideias novas e diferentes, etc. Desenvolvem estratégias difíceis para poderem lidar com a mudança e acontecimentos imprevistos.

Surgem mudanças, também, na maneira como se comunicam, desenvolvendo, com frequência, um vocabulário particular, que reflecte o seu desprezo pela sociedade dos adultos. Constroem frases e palavras para expressarem o seu exclusivismo e para fortalecerem os laços com o seu grupo de amigos.

Exemplos de Comportamento Sexual

Masturbação:

A masturbação pode ser definida como auto-excitação por um indivíduo para provocar prazer sexual. O uso da palavra masturbação normalmente sugere que a pessoa esteja manipulando os seus próprios órgãos genitais até conseguir um prazer intenso, ou orgasmo. De acordo com alguns especialistas, a masturbação faculta um modo saudável de expressar e explorar a sexualidade e libertar a tensão sexual sem os riscos associados à relação sexual.

- A masturbação pode ajudar a aliviar a tensão
- Reduz o embaraço de ereções espontâneas nos rapazes adolescentes
- Reduz o número de sonhos molhados (*poluções nocturnas*) não desejados pelos adolescentes

Mitos sobre a Masturbação³:

- A maioria das pessoas considera a masturbação um hábito ruim;
- A masturbação não é "sexo real" e só os frustrados se masturbam;
- A masturbação retarda o crescimento;
- A masturbação é responsável pela esterilidade ou impotência.

Heterossexual:

significa afinidade, atracção e/ou comportamento sexuais entre indivíduos de sexo diferente (homem e mulher). Normalmente termina na penetração do pénis e descarga de sémen na vagina da mulher.

Homossexual:

significa afinidade, atracção e/ou comportamento sexuais entre indivíduos do mesmo sexo. Os homossexuais masculinos, i.e. HSH (**H**omem que faz **S**exo com outro **H**omem), estão mais expostos à infecção de HIV porque podem fazer sexo genital e anal, sexo oral ou masturbação mútua em que o fluido do sémen de uma pessoa passa para a outra.

Sexo oral:

Sexo não se refere só à união dos órgãos genitais; pode, também, incluir contacto oro-genital. O sexo oro-genital dá-se quando o órgão genital de uma pessoa está em contacto com a boca de outra pessoa. Do ponto

³ De sublinhar que em muitas culturas a masturbação é vista de forma negativa

de vista das ITS é mais significativo porque envolve fluido do sêmen de uma pessoa para a outra.

Promiscuidade:

significa favorecer o comportamento de ter relações sexuais com várias pessoas e de forma casual e indiscriminada.

Trabalhadoras/es do sexo (prostitutas/os):

São pessoas que usam a relação sexual como forma de sobrevivência devido a diferentes causas, como, por exemplo, separação, divórcio, dependência de drogas, delinquência e decepção, pobreza, abandono pelos membros da família, enfermidade mental, etc. A expressão “trabalhadores do sexo” refere-se tanto a homens como a mulheres.



TEXTO DE APOIO 4

A MATURIDADE SEXUAL: IMAGENS SEXUAIS, CRENÇAS E CONCEPÇÕES ERRÔNEAS

O conceito de maturidade⁴

Cada indivíduo tem um *relógio biológico* que regula o seu progresso até ao estágio de maturidade. O crescimento biológico e a maturidade da criança não acontecem necessariamente de acordo com a sua idade cronológica; outros elementos são importantes, alguns dos quais de ordem cultural, consoante o contexto onde vive o jovem. Por isso, num grupo de crianças do mesmo sexo e da mesma idade cronológica, pode haver variação na idade biológica, ou na maturidade biológica. Isso, geralmente, acontece durante os estágios iniciais da adolescência ou durante o estirão do crescimento, mas é também visível na infância. Num grupo de crianças, algumas encontram-se, biologicamente, mais “avançadas” (desenvolvimento precoce), e outras mais “atrasadas” (desenvolvimento tardio), em relação à sua idade cronológica. Por outras palavras, embora duas crianças estejam na mesma faixa de idade cronológica, não estarão necessariamente no mesmo nível de maturidade biológica.

As medidas da maturidade variam de acordo com o sistema biológico utilizado. Os indicadores de maturidade mais usados no estudo do crescimento são:

- [Maturidade óssea](#)
- [Maturidade sexual](#)
- [Maturidade somática](#)

• **Medidas de maturidade óssea**

A maturidade óssea talvez seja o melhor método para medir a idade biológica ou estado de maturidade. O esqueleto é um indicador ideal de maturidade porque o seu desenvolvimento abrange o período inteiro do crescimento. Por outras palavras, são conhecidos os pontos inicial e final do processo de maturidade, porque a estrutura do esqueleto de todos os indivíduos progride a partir da cartilagem até o osso. Os ossos da mão e do punho são os melhores indicadores de maturidade óssea.

• **Medidas da maturidade sexual**

A maturidade sexual baseia-se no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, ou seja, o desenvolvimento da mama e a *menarca* (primeiro período menstrual) na menina, o desenvolvimento do pénis e outros órgãos genitais no menino e o aparecimento dos pêlos púbicos em ambos os sexos. O uso dos caracteres sexuais secundários como indicadores do estado de maturidade e seu progresso limita-se às fases da puberdade ou da adolescência e de maturidade.

• **Medidas da maturidade somática**

O estirão do crescimento (pico máximo da velocidade de crescimento) é o indicador mais frequentemente utilizado para medir a maturidade somática em estudos longitudinais durante a adolescência. Nessa fase, também podem servir como indicadores da velocidade máxima de crescimento o crescimento do comprimento das pernas (membros inferiores), a altura em posição de sentado (comprimento do tronco), a largura biacromial (ombro) e bicristal (quadril) e força muscular.

O progresso ou ritmo de crescimento

A velocidade de crescimento estrutural desacelera com a idade até imediatamente antes do início do estirão do crescimento. O aumento de peso, por outro lado, acontece de forma mais lenta, mas constante, excepto na fase final anterior à fase da puberdade. Durante o estirão da adolescência, o

⁴ Adaptação do texto *Conceito de Maturidade Biológica*, de [Dr. Marcus F. Bernhoeft](#), Director Médico – CBDA, Email: mbernhoeft@ig.com.br.
[Prof. Ricardo de Moura](#), Director Técnico – CBDA, Coordenador Programa Brasil de Natação, E-mail: natação@cbda.org.br





ritmo do crescimento estatural e o peso aumentam ou aceleram. O estirão ocorre mais cedo no sexo feminino, em média, dois anos antes que no menino. A menina pára de crescer por volta dos 16 anos de idade, enquanto o menino continua a crescer por dois anos mais ou ainda por mais tempo. A explicação para a diferença na estatura final dos meninos em relação às meninas é que a duração da adolescência é mais longa - em média, mais 2 anos -, e porque o início da adolescência acontece mais tarde (entre os 12 e os 16 anos de idade), em relação às meninas (em que se verifica entre os 9 e os 14 anos de idade).

O crescimento rápido das extremidades inferiores (coxas e pernas) é característico da fase inicial do estirão do crescimento; já o crescimento da altura na posição de sentado (comprimento do tronco) ocorre, durante a adolescência, mais tarde. Por esse motivo, as meninas têm pernas ligeiramente mais longas do que os meninos no período inicial da puberdade.

O factor cultural

O factor cultural pode também desempenhar um papel neste processo de maturidade do jovem, rapaz e rapariga. De facto, quando o jovem recebe ensinamentos sobre o seu corpo e sobre a vida de adulto ainda nos primeiros sinais de puberdade, pode inclinar-se a adoptar comportamentos ligados ao sexo e à sexualidade logo depois destes ensinamentos, o que em outros meios sócio-culturais pode aparecer um pouco mais tarde. Trata-se de uma questão para discussão onde a Escola pode desempenhar o papel de facilitador no seio da comunidade, encorajando um diálogo sobre a problemática dos chamados casamentos prematuros, que aparecem com alguma frequência nas comunidades rurais Moçambicanas.



Homens Que Fazem Sexo com Homens (HSH)

Introdução: Em muitos países, os HSH são, frequentemente, um grupo escondido. Enquanto alguns homens são abertos relativamente à sua sexualidade e pertencem a comunidades abertamente homossexuais, muitos outros não o são. Muitos homens que têm sexo com homens não se vêem como homossexuais: eles podem ser casados e podem ter tido filhos, mas, mesmo assim, ocasionalmente, fazer sexo com outros homens. Estes homens podem não conhecer os riscos que correm em relação à sua própria saúde e à saúde das suas famílias com relação às ITS e especialmente ao HIV e ao SIDA.

Factores: Muitos factores contribuem para fazer do SIDA um risco para os HSH, incluindo:

- **Sexo:** A relação sexual anal desprotegida (i.e., sem usar preservativos e lubrificantes) é uma actividade de alto risco para a transmissão do HIV e outras ITS, porque muitas vezes há uma hemorragia interna no ânus durante o acto, fazendo com que a transmissão do HIV e outras ITS seja mais fácil desta forma do que ao ter sexo vaginal ou oral.
- **Cuidados de Saúde:** A falta de hábito de recorrer aos hospitais e o medo de serem apontados como HSH, impede que se identifiquem e tratem as ITS.
- **Negação:** Em muitos países, as relações sexuais com o mesmo sexo são reprovadas ou proibidas pelas autoridades e pela sociedade.
- **Estigma:** Por causa da desaprovação e perseguição da comunidade aos HSH, muitos sofrem de baixa auto-estima, mantendo a sua sexualidade em segredo em relação às famílias e sociedade.
- **Tradição:** A pressão por parte da família e da sociedade para se casar e ter filhos, nomeadamente filhos homens, contribui para a manutenção do segredo sobre os HSH. Se os HSH casam e continuam a ter sexo desprotegido com outros homens, também expõem as esposas e as suas crianças ao risco do HIV e outras ITS.
- **Falta de informação:** Os meios de comunicação populares e as mensagens de programas sobre o SIDA tendem a girar à volta da questão do sexo heterossexual. Os HSH não têm, muitas vezes, informação sobre os perigos do sexo desprotegido com outros homens, ignorando, assim, os seus riscos.
- **Uso de droga injectável:** Os HSH também podem usar drogas injectáveis, podendo contrair o HIV por compartilharem agulhas e seringas, apesar de usarem preservativos.
- **Trabalhador do Sexo:** Alguns HSH são trabalhadores do sexo. Se estes tiverem sexo desprotegido com os seus clientes, ou com outras pessoas do mesmo sexo ou do sexo oposto, correm um grande risco de contrair ou transmitir o HIV e outras ITS.
- **Preservativos:** Os HSH, conscientes da necessidade do uso do preservativo, podem não os obter devido à falta de poder de compra ou por sentirem vergonha de os adquirir, mesmo quando oferecidos, ou, como acontece com os heterossexuais, podem ser relutantes a usar preservativo porque acham que reduz o prazer sexual.
- **Lubrificantes:** Ao fazer sexo anal com um preservativo, possivelmente deveriam ser usados, lubrificantes de água. Estes são muitas vezes difíceis de encontrar ou são dispendiosos. Alguns homens usam fluidos de óleos como lubrificantes, tais como a vaselina ou outros cremes que afectam o preservativo e provocam o seu rompimento.



Afirmações sobre Sexo, Sexualidade e Comportamentos Sexuais

Lista de declarações que podem ser usadas para os exercícios

- A partir do momento em que uma rapariga tem o período, ela pode ficar grávida.
- A masturbação faz um rapaz impotente.
- A masturbação é algo que só os rapazes fazem.
- A rapariga não deve praticar actividade física durante o seu período menstrual.
- Uma gota de sémen é igual a 60 gotas de sangue. Por isso, a perda de sémen debilita o corpo e deveria ser evitada.
- O tamanho do pénis é importante e determina a masculinidade ou a virilidade.
- Os rapazes sabem quando uma rapariga está menstruada.
- Não se deve tomar banho durante a menstruação.
- As emissões nocturnas são uma doença e precisam de tratamento.
- Pensar em sexo é sujo.
- Uma rapariga não pode ficar grávida se ela só tiver sexo uma vez ou algumas vezes.
- É possível engravidar através do beijo.
- Durante a menstruação, uma rapariga fica suja ou impura.
- Se alguns rapazes ficam com os seios inchados, não é nada de preocupante.
- As mulheres são responsáveis pelo sexo da criança.
- Os homens que têm sexo com homens (HSH) ou pensam em ter sexo com homens não são normais.
- Se uma rapariga não sangrou na primeira relação sexual, foi porque não era virgem.
- Os homens que têm sexo com muitas mulheres são depravados ou anormais.
- É imoral ter fantasias sexuais.
- Todas as meninas têm que ter a primeira menstruação aos 13 anos.
- O uso de preservativos durante a relação sexual para prevenir a infecção de ITS e/ou HIV reduz o prazer.
- Só as pessoas imorais e pervertidas contraem ITS.
- Só os homens podem usar preservativos.
- A pílula é uma boa protecção contra as ITS.
- As raparigas não devem comer comida picante porque aumenta nelas o desejo sexual.
- O sexo é o único modo de expressar amor e afecto.
- Frequentar as prostitutas (profissionais do sexo) é seguro para a sociedade porque previne o aparecimento de violações e o assédio sexual.
- A abstinência é o único método de controlo da natalidade 100% efectivo.
- Quem já teve gonorreia e curou-se, não volta a contraí-la.
- Uma rapariga pode ficar grávida mesmo que o rapaz não tenha ejaculado dentro da vagina.
- As ITS podem ser curadas se o homem infectado tiver sexo com uma virgem.
- A maioria das mulheres que tem HIV é prostituta.
- As ITS só podem ser transmitidas através dos órgãos genitais.
- As raparigas e os rapazes podem ter infecções sexualmente transmissíveis sem mostrar qualquer sintoma.



A maturidade sexual das raparigas e dos rapazes ocorre na seguinte sequência:

Raparigas

- Desenvolvimento dos seios (peito): o crescimento do peito continua ao longo da adolescência
- Aparecimento de pêlos púbicos e debaixo dos braços (axilas)
- Crescimento da vagina e do útero
- Crescimento das outras partes genitais femininas, i.e. lábios e clítoris
- Primeira menstruação: Contrariamente ao que muitas pessoas acreditam, a primeira menstruação não é o primeiro sinal de puberdade nas raparigas, mas aparece bastante cedo na sucessão de eventos da puberdade. O evento consiste num fluxo de sangue pegajoso da vagina em pequenas quantidades. Existem muitos rituais ligados ao início da primeira menstruação em muitas sociedades. É um assunto com muitos tabus e concepções erróneas.
- Os óvulos começam a amadurecer. O lançamento do óvulo maduro do ovário (ovulação) começa alguns meses depois da primeira menstruação.
- Alargamento e arredondamento das ancas.

Rapazes

- Aumento do tamanho dos testículos e enrugamento do escroto
- Aparecimento de pêlos na área púbica e debaixo dos braços (axilas)
- Aumento no tamanho do pénis, o órgão sexual externo. Continua a crescer por vários anos.
- Ampliação das vesículas seminais e da próstata (que, juntas, produzem o sémen, o fluido que contém o esperma).
- Aparecimento de pêlo facial. O pêlo facial emerge mais proeminentemente na face, no queixo e no lábio superior.
- Aparecimento da primeira descarga espontânea de sémen pelo pénis. Geralmente acontece durante o sono, podendo a pessoa estar, na ocasião, desprevenida.
- Aparecimento de pêlo no peito e pernas
- Mudança da voz, porque a laringe (caixa da voz) aumenta e as cordas vocais esticam-se. A voz fica rouca. Enquanto esta mudança de agudo para grave acontece, a voz desafina de forma descontrolada.

(Veja, no Módulo II, a informação sobre ritos de iniciação à vida adulta para as raparigas e os rapazes, comuns em determinadas comunidades Moçambicanas).



Princípios Orientadores para Trabalhar em Assuntos de Sexualidade:

- **Abordagem afirmativa em relação a Sexualidade:** A sexualidade faz parte da vida de todas as pessoas. A sexualidade é complexa. Pode dar prazer de forma satisfatória e enriquecedora para a nossa vida. Uma aproximação positiva, e sem culpabilidade melhora o bem-estar sexual da pessoa;
- **Diversidade:** Mulheres e homens são diferentes e têm necessidades, identidades, escolhas e circunstâncias de vida diferentes. Por isso, nem todas as mulheres e homens têm desejos sexuais e preocupações semelhantes;
- **Autonomia e Autodeterminação:** as mulheres e os homens têm o direito de fazer as suas próprias escolhas livres e informadas sobre todos os aspectos das suas vidas, incluindo as suas vidas sexuais e preferências, desde que não magoem os outros;
- **Equidade do Género:** os programas que se baseiam na equidade do género reconhecem e dão às mulheres e homens, raparigas e rapazes o acesso equitativo à informação, serviços e educação, que promovem o seu bem-estar sexual;
- **Capacidade de responder a mudanças de necessidades:** as necessidades de informação e de serviços relacionados com a sexualidade mudam ao longo do tempo e durante o ciclo de vida das mulheres e dos homens;
- **Prevenir a Violência, a Exploração e o Abuso:** violência, exploração e abuso são frequentemente as condições sob as quais as pessoas, especialmente as mulheres e as raparigas, experimentam a sua sexualidade ou são iniciadas na actividade sexual;
- **Abordagem Adequada da Sexualidade:** Programas e serviços devem focalizar e integrar factores sócio-culturais, emocionais e psicossociais no planeamento e prestação de serviços;
- **Programas e Serviços sem Juízo de Valor:** As pessoas têm sistemas de valor diferentes e fazem escolhas diferentes relativas à sexualidade. Os provedores de serviços ou de apoio (em forma de prevenção, aconselhamento e tratamento) devem respeitar esses valores e abster-se de julgar os outros ou impor-lhes os seus próprios valores;
- **Confidencialidade e Privacidade:** A sexualidade toca nos aspectos íntimos da vida das pessoas. Os indivíduos têm direito à privacidade e à confidencialidade;
- **Sensibilidade Cultural:** As percepções culturais sobre assuntos da sexualidade diferem consoante os grupos e comunidades. Isto deve ser reconhecido e respeitado;
- **Programas e Serviços Acessíveis:** A acessibilidade requer mais do que a disponibilidade de serviços. Inclui qualidade, confidencialidade, provisão de pessoal e atendimento de um vasto leque de necessidades;
- **Valores Básicos:** Os valores básicos de escolha, dignidade, diversidade, igualdade e respeito inserem-se no conceito de Direitos Humanos. Estes valores afirmam o mérito de todas as pessoas. No âmbito da sexualidade, estas palavras têm também significado;

- **Escolha:** Fazer escolhas livremente sobre a sexualidade, sem coerção e com acesso a informação adequada e serviços, desde que se respeitem os direitos dos outros;
- **Dignidade:** Todos os indivíduos têm valor, independentemente da sua idade, classe, sexo, orientação, preferência, religião e outros determinantes de sua categoria;
- **Igualdade:** Todas as mulheres e homens merecem igual respeito e dignidade, e devem ter acesso a informação, serviços e apoio para atingir o bem-estar sexual;
- **Respeito:** Todas as mulheres e homens têm direito a respeito e consideração, apesar das suas escolhas sexuais e identidades.



• O HIV E O SIDA E O USO E ABUSO DE DROGAS



Tempo Aproximado:

3h30min

Mensagem do Módulo:

É muito importante compreender que os padrões de produção, consumo e gestão de drogas ilícitas cresceram muito depressa no mundo e continuam aumentando no presente. Por isso, a juventude tem estado a enfrentar um maior risco de vulnerabilidade ao HIV e ao SIDA.

Descrição Geral:

O número total de consumidores de droga no mundo é de cerca de 185 milhões de pessoas, o equivalente a 3% da população mundial, ou 4,7% da população entre os 15 e os 64 anos. As novas estimativas confirmam que a *cannabis* é a substância mais usada, com 150 milhões de consumidores, seguida de estimulantes do tipo dos anfetamínicos, principalmente a metanfetamina, com cerca de 30 milhões; há 8 milhões de consumidores de *ecstasy*. Mais de 13 milhões de pessoas consomem cocaína e 15 milhões, heroína, morfina, ópio e ópio sintético. Note-se que estão incluídos nestes 15 milhões os 9 milhões que tomam heroína.

O consumo e injeção de drogas ilícitas está a aumentar em todo o mundo. O uso de droga injectável existe em cerca de 129 países, 79 dos quais reportaram transmissão do HIV por agulhas contaminadas, seringas e outro equipamento injectável (OMS/ONUSIDA/UNODC, 2004). Calcula-se que existam, a nível mundial, cerca de 13 milhões de consumidores de droga injectável, dos quais 8,8 milhões localizados na Europa Oriental, Ásia Central, Sul e Sudeste, 1,4 milhões na América do Norte e 1 milhão na América Latina. Setenta e oito por cento (78%) do total dos UDI vivem em países em vias de desenvolvimento, "incluindo muitos países de África". (UNODC 2004)

Os padrões de produção, consumo e gestão de drogas ilícitas têm mudado muito rapidamente e estas mudanças estão a acontecer no mundo em vias de desenvolvimento, especialmente no Sul e Sudeste da Ásia, na América Latina e em África. A injeção de heroína tornou-se um problema mundial, pois encontra-se em mais de 100 países, atingindo cerca de 10 milhões de pessoas que se injectam regularmente; mais de 80 destes países reportaram infecção de HIV entre estes (Utilizadores de Drogas Injectáveis) UDI. No que diz respeito a Moçambique, o consumo de droga tornou-se relevante, tendo em conta que já existe um considerável número de consumidores e o tráfico de droga é intenso. Nesse processo, a cocaína e a heroína são as mais importantes.

A *cannabis*, grupo a que a *suruma* pertence, é de produção local, sendo de destacar as províncias do centro e norte do país como produtoras; a província de Tete é a mais conhecida como "exportando" para outras zonas do país.

Entre os mandantes, transportadores e vendedores figura um elevado número de mulheres (cerca de 80%) no negócio da droga. O envolvimento das mulheres é explicado pela sua situação social. São frequentemente divorciadas ou mães solteiras que enfrentam muitos problemas para dar um nível de vida razoável aos seus filhos. As rotas



da droga (cocaína) são referidas como sendo Maputo, África do Sul, Brasil, via Lisboa. São transportadas no fundo falso de malas ou no organismo humano, em redes frequentemente difíceis de detectar pela polícia. No entanto, devido ao cerco montado pela polícia, estas redes vêm sendo desmanteladas com a descoberta nas fronteiras de raparigas ou mulheres que transportam a droga.

Objectivos:

Após estudar o módulo, os participantes deverão estar aptos a:

1. Definir condições que levam ao consumo de drogas, à utilização de drogas injectáveis e suas consequências.
2. Identificar a associação existente entre uso de drogas, sexo, abuso sexual e HIV e SIDA.
3. Identificar comportamentos de risco elevado ou vulnerabilidade ao uso de drogas.
4. Encontrar meios de prevenir o uso de drogas.

Conteúdo:

1. O HIV e o SIDA e o abuso de drogas.
2. Abuso de drogas e substâncias no seio dos jovens.
3. Factos e mitos relacionados com drogas, substâncias e UDI.
4. Programas para a redução de danos.
5. UDI, seus parceiros e prática de sexo mais seguro.
6. Risco e factores protectores relativos ao abuso de drogas e substâncias por adolescentes.

Actividades de Aprendizagem:

1. Compreender o efeito do abuso de drogas e substâncias, os efeitos do abuso de substâncias na vida de cada um e meios de redução de danos.
2. Analisar a informação correcta, mitos e factos relativos a drogas.

Avaliação:

Fazer o exercício de **Pergunta-Resposta** às questões seguintes:

- Alguma vez ouviu o termo “abuso de droga”?
- Quando é que ouviu o termo pela primeira vez e dito por quem?
- Se desconfiar algum conhecido seu está a abusar de drogas, o que fará?
- Que tipos de programas promovem princípios de redução de danos e previnem a infecção por HIV entre os UDI?

TEXTO DE APOIO 5

ALGUNS CONCEITOS: HIV E SIDA E UDI

Uso de Drogas Injectáveis e HIV e SIDA:

As três epidemias (de consumo de opiáceos, de injeção de heroína e de infecção por HIV entre os utilizadores de heroína injectável) podem desenvolver-se extremamente depressa e, muito frequentemente, de forma inesperada.

- **Como se transmite o HIV por consumo de droga injectável?**

Quando o sangue de um toxicod dependente (drogado) seropositivo é transferido para outro toxicod dependente que ainda não é seropositivo, o HIV pode ser transmitido devido ao uso de droga injectável, porque as agulhas e seringas são os principais equipamentos envolvidos na transferência de sangue infectado por HIV. Na droga injectável entre os toxicod dependentes, estes partilham seringas e agulhas em que pode haver restos de sangue infectado; essa minúscula quantidade de sangue infectado por HIV que fica na seringa pode ser transmitida ao utilizador seguinte.

Nos últimos anos, a população jovem tem sido a mais afectada pelo HIV. As pessoas que injectam drogas e partilham as mesmas seringas correm um grande risco de contrair o HIV, uma vez que o HIV é transmitido muito eficientemente pela partilha de agulhas e seringas. A transmissão de HIV entre os Utilizadores de Drogas Injectáveis (UDI) para os seus parceiros sexuais, parceiros na partilha de agulhas e para os seus recém-nascidos é o principal factor na propagação contínua do HIV.

A transmissão do HIV também acontece entre pessoas que trocam sexo por drogas não injectáveis. A troca de sexo por drogas está, frequentemente, associada ao sexo sem protecção e a múltiplos parceiros sexuais. Mas o consumo de drogas não injectáveis, por exemplo o álcool, pode colocar a pessoa em risco de transmissão de HIV, uma vez que essas substâncias reduzem a inibição e a relutância a sexo sem protecção.

A prática de troca de sexo por drogas não só contribuiu para a propagação da infecção por HIV, mas também para o grande aumento das taxas de ITS. Os UDI são, em muitas partes do mundo, o maior grupo de potenciais portadores de HIV entre os grupos mais vulneráveis. O uso de droga injectável acrescenta cumulativamente os números significativos de casos de SIDA.

O sangue infectado pode penetrar numa seringa e, posteriormente, ser injectado juntamente com a droga, no utilizador seguinte da seringa. Durante o consumo da droga, este é o modo mais fácil de transmissão do HIV, uma vez que o sangue infectado vai directamente para a corrente sanguínea do indivíduo que se injecta.

É frequente os UDI não terem ou não conseguirem comprar suficientes agulhas e seringas. Desta forma, a partilha de agulhas promove, inevitavelmente, a propagação do HIV entre os UDI. A actividade sexual sem protecção com um parceiro seropositivo é, também, um importante factor de risco para os UDI. Os homens UDI, que fazem sexo com homens (HSH), as mulheres UDI que trocam sexo por dinheiro e as mulheres com parceiros UDI, estão particularmente em risco de contrair o vírus do HIV. O risco varia dependendo da quantidade e frequência do consumo de droga e das relações sexuais. Os UDI debatem-se, também, com múltiplos riscos de saúde, devido a factores sociais, económicos e psicológicos.

A injeção de drogas ilícitas existe em 120 países, e em pelo menos 80 destes há epidemias de infecção de HIV entre os UDI. A maioria destas infecções resulta da partilha de agulhas contaminadas e seringas.



Injecção e Infecção: a infecção por HIV propaga-se facilmente quando as pessoas partilham o mesmo equipamento para o consumo de drogas, o que, propaga simultaneamente a Hepatite B, a Hepatite C e outras doenças graves. Em muitas pessoas, as drogas e o sexo estão relacionados. Os utilizadores de drogas podem trocar sexo por substâncias para consumirem. Algumas pessoas pensam que a actividade sexual melhora com o uso de drogas. O consumo de drogas, do álcool inclusive, aumenta a hipótese de as pessoas não se protegerem durante a actividade sexual. Alguém que troque sexo por drogas pode achar difícil estabelecer limites naquilo que está disposto a fazer para conseguir obter o que quer consumir. É pouco provável que quem use drogas se lembre de se proteger ou se preocupe com isso.

É, por isso, muito importante incluir, numa estratégia abrangente de prevenção do HIV e do SIDA, medidas de prevenção efectivas contra a transmissão de HIV entre os UDI. Os UDI são um grupo escondido e estigmatizado porque o seu comportamento é ilegal; frequentemente adoptam outros comportamentos de risco, como a prostituição, devido ao ciclo de pobreza ou ao elevado custo da droga.

As estratégias que demonstraram ser efectivas tanto no mundo desenvolvido como no mundo em desenvolvimento são aquelas com tomam como base o princípio de redução de danos. O primeiro alvo para diminuir danos é reduzir o dano associado à injecção de drogas, especialmente a transmissão de HIV e outros vírus do sangue, sem necessariamente diminuir a quantidade de droga que se consome. Esta é uma abordagem compatível e aceitável, pois vê o uso e o abuso de drogas como um assunto de saúde pública. A resposta eficaz da comunidade consiste em reconhecer o valor do UDI e criar uma parceria com ele e a sua comunidade para proteger a saúde comum. Estas estratégias incluem **aconselhamento sobre o abuso de substâncias** e a formação de terapeutas e conselheiros para a redução do dano.

A **redução de danos** é uma rede de segurança para viciados que ou ainda não estão prontos para deixar o vício ou que ficam demasiado assustados quanto a tentar a abstinência. A **abordagem de reabilitação** opta pela abstinência como única meta de tratamento. Com o objectivo de limitar as consequências, a abordagem de redução de danos centra-se na redução de consequências negativas originadas pelo consumo de droga injectável. Os defensores da abordagem de **redução de danos** reconhecem que, se os viciados não conseguirem a abstinência total, podem pelo menos melhorar a sua saúde, e o apoio social durante o tratamento pode reduzir os custos de um comportamento criminal para a sociedade.

Programa de Troca de Agulhas: Em muitas partes do mundo, algumas agências lançaram programas de troca de agulhas para oferecer gratuitamente seringas novas de modo que os UDI não necessitem de partilhá-las. Estes programas são geralmente fonte de crítica e objecção por parte de governos e sociedades, porque se acha que promovem o consumo de droga. Não obstante a relação entre os programas de troca de agulhas e a incidência do consumo de droga permaneça controversa, tem sido positivo o efeito desses programas na redução das taxas de infecção do HIV nos UDI que neles participam.

Um vasto leque de programas foi implementado para fomentar os princípios de redução de danos e prevenir a infecção do HIV entre os UDI, entre os quais:

- Informação para UDI sobre riscos das diferentes drogas;
- Informação sobre o consumo de drogas de forma mais segura e para reduzir as “overdoses”;
- Programas de tratamento com drogas de substituição;
- Fornecimento de metadona como substituta da heroína. A oferta de medicamento visa contrariar a “overdose” no consumo da droga;



- Educação e indicação de oportunidades de tratamento de drogas;
- Programas que permitem que os utilizadores de drogas troquem as seringas usadas por novas ou as comprem;
- Programas de educação de pares do mesmo grupo social ou antigos UDI;
- Venda de seringas sem prescrição médica;
- Aconselhamento e rastreio do HIV entre os UDI;
- Aumento do acesso aos cuidados de saúde primários;
- Remoção de barreiras, inclusive leis e práticas policiais, para uma injeção mais segura;
- Apoio a grupos UDI e suas circunstâncias especiais.

Todos estes programas apontam para uma mudança de comportamento e consequente redução dos riscos de infecção por HIV entre os UDI.

O Papel dos pares na Prevenção do HIV entre os UDI: os pares desempenham um papel crucial na influência de comportamentos. Alguns indivíduos geralmente exercem pressão sobre os seus pares e amigos para adoptarem um determinado comportamento. A maioria dos riscos de comportamentos como o uso de drogas injectáveis, o consumo de drogas ilícitas e práticas sexuais sem protecção são consequência da pressão dos amigos.

Os colegas e amigos, como os UDI em recuperação podem ser eficazes na motivação da mudança comportamental. Porém, os UDI em recuperação, utilizados como educadores de pares ou pedagogos, necessitam de apoio para evitarem recaídas na utilização de drogas. É mais provável que os UDI usem preservativos quando os membros do seu grupo social discutem preocupações gerais de saúde e o uso de preservativo, ou quando têm um apoio financeiro mais amplo. O acesso a tratamento médico de qualidade e tratamento de ITS e HIV podem ajudar a promover comportamentos mais seguros. Os programas de prevenção na comunidade local podem ser eficazes, por não se dirigirem apenas às necessidades individuais de um UDI, mas também à saúde e bem-estar de toda a comunidade.

No âmbito do consumo de drogas injectáveis e infecção por HIV, merecem destaque os seguintes pontos:

- Há consumo de drogas ilícitas injectadas em muitas partes do mundo;
- A reutilização de agulhas e seringas contaminadas por diferentes pessoas é comum em muitos meios onde se pratica o uso de drogas injectáveis;
- É grande a probabilidade de transmissão de HIV por partilha de seringas;
- São várias as razões que explicam a partilha de seringas – pobreza, falta de acesso a seringas novas, factores culturais e ignorância;
- O reforço da proibição de drogas ilícitas promove condições para a transmissão do HIV entre os UDI;
- O HIV propaga-se através dos UDI aos seus parceiros sexuais e aos seus filhos;
- A escala da propagação do HIV entre os UDI, seus parceiros sexuais e seus filhos depende de uma ampla variedade de factores. Estes incluem as drogas injectadas e a frequência da injeção;
- Conhecimentos dos UDI em matéria de HIV, vírus de hepatites e outras infecções que podem estar associados a equipamento injectável não esterilizado;
- A disponibilidade de equipamento injectável esterilizado ou de meios para esterilizar o equipamento;
- A disponibilidade e acessibilidade de programas de tratamento de toxicod dependentes;
- A disponibilidade e acessibilidade de programas de saúde e bem-estar para os UDI;

A execução de pesquisas e programas educativos com colaboração da comunidade afectada é o meio



mais eficaz de reverter a situação. A educação social é a forma mais eficaz de educação.

Os comportamentos que colocam os UDI em risco de infecção por HIV não são fortuitos; eles resultam do contexto social, político e cultural. Os UDI nas prisões ou entre minorias étnicas, profissionais do sexo e mulheres estão em elevado risco de infecção por HIV. A maior barreira para reduzir as transmissões de HIV entre os UDI é não se conseguirem implementar programas de prevenção eficazes. Os programas de prevenção para UDI necessitam de se concentrar no comportamento sexual, assim como na injeção em si. Oferecer preservativos não é suficiente; os provedores de serviços têm de discutir com os UDI questões de sexo.

- **O que são “drogas”?**

A palavra “droga” refere-se a qualquer substância ou produto que afecta o modo como as pessoas se sentem, pensam, vêem, provam, cheiram, ouvem ou se comportam. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “**droga**” como “qualquer substância, sólida, líquida ou gasosa, que altera de algum modo a função ou estrutura do corpo”.

Uma droga pode ser um medicamento, como a morfina, ou um produto industrial, como a cola. Algumas drogas estão legalmente disponíveis, como os medicamentos aprovados e os cigarros, enquanto outras são ilícitas, como a heroína e a cocaína. Cada país tem as suas próprias leis relativas às drogas e à sua legalidade. O uso de drogas pode ter maior ou menor efeito na saúde e vida de uma pessoa. A extensão do efeito depende da pessoa, do tipo de substância, da quantidade usada, do método de uso e da situação geral da pessoa.

O consumo de drogas é um importante factor na propagação da infecção do HIV. A partilha de equipamento para uso de drogas pode levar ao HIV e às hepatites. O uso de drogas pode estar ligado à actividade sexual sem protecção. Também pode ser perigoso para as pessoas que estão a tomar medicamentos anti-HIV. Os utilizadores de droga têm menos probabilidade de tomar todos os seus medicamentos e as drogas de rua podem ter efeitos perigosos quando associados aos medicamentos para combater o HIV.

- **Qual a razão pela qual os jovens usam drogas?**

As pessoas, incluindo jovens, tomam drogas pelos seus efeitos imediatos, de curto prazo. Normalmente muitos jovens consomem drogas porque querem algo mais para as suas vidas ou porque estas os ajudam a sentir-se capazes de resolver os seus problemas; porém, este sentimento é passageiro. O consumo de droga pode ser também influenciado por vários factores ao nível:

Individual: A adolescência é um período de imensas mudanças físicas e emocionais. Os jovens sentem-se, frequentemente, desajeitados e tímidos. Podem sentir-se apanhados entre a conformidade e o desejo de serem diferentes ou o desejo de se ajustarem ao seu grupo social. Os jovens não têm, muitas vezes, a capacidade necessária para lidar com a tensão e as pressões da vida e, nessas situações, podem conceber as drogas como um meio para lidar com os seus problemas.

Da família e amigos: Os jovens podem aprender sobre as drogas e o seu uso com a família e/ou amigos. Frequentemente, as crianças que vivem em famílias onde fumar, beber álcool, tomar medicamentos ou qualquer outro estimulante é considerado parte da vida, e onde se acredita que as drogas são algo normal, acreditam, também, que as drogas são úteis para libertar a tensão, preocupação, etc. Os amigos e colegas têm uma grande influência nos jovens. Em certos contextos juvenis, o uso de drogas pode ser considerado algo normal que faz parte do crescimento.



Da sociedade: as mensagens dos meios de informação, do grupo social, dos pais, da escola e do trabalho frequentemente se contradizem ou entram em conflito com as experiências dos jovens. Muitas vezes, os jovens recebem mensagens que encorajam e desencorajam o consumo de drogas. Os jovens normalmente começam a usar drogas como uma experiência de grupo social, com amigos e por razões recreativas.

Ambiental: Os factores ambientais incluem leis que controlam a provisão e disponibilidade de drogas e a publicidade e promoção do álcool e das drogas bem como o seu acesso a essas substâncias.

- **Quais os nomes e tipos das drogas mais comumente pelos jovens?**

É enorme o número de drogas que se podem consumir. O nome genérico de cada droga é padronizado e usado em todo o mundo, mas a maioria das drogas é comercializada sob vários nomes e muitos nomes da rua. Os nomes comerciais, normalmente, começam com letra maiúscula. Por exemplo, uma droga comum usada para reduzir a ansiedade é *Diazepam* (nome genérico) e é vendida em alguns países como *Valium®* (nome comercial). Outro exemplo é *Diacetylmorphine*, para o qual o nome da rua é heroína; tem o nome de rua “açúcar castanho” na Índia e “beijoca” nos E.U.A. e na Austrália. É, também, comum que o nome da rua mude regularmente. Os três tipos principais de drogas, classificados pelos seus efeitos no sistema nervoso central, são os seguintes:

- Depressivos;
- Estimulantes;
- Alucinogénios.

Os **depressivos** acalmam ou deprimem o sistema nervoso central. Não fazem necessariamente com que o utilizador se sinta deprimido. As drogas depressivas incluem:

- Álcool
- Opiáceos e opióides: heroína, codeína de morfina, metadona, e pethidine
- Cannabis: cannabis ou suruma, haxixe e óleo de haxixe
- Tranquilizantes e hipnóticos: *Rohypnol®*, *Valium®*, *Serepax®*, *Mogadon®*, e *Euhypnos®*
- Barbitúricos: *Seconal®*, *Tuinal®* e *Amytal®*
- Solventes e inalantes: gasolina, cola, diluentes de pintura e gaz de isqueiros

Em doses moderadas, os depressivos podem fazer com que os utilizadores se sintam relaxados. Alguns depressivos causam euforia ou uma sensação de calma e bem-estar. Podem ser usados para relaxar a ansiedade, tensão ou inibição.

Uma vez que acalmam o sistema nervoso, os depressivos afectam a coordenação, concentração e o julgamento. Em doses maiores, os depressivos podem causar inconsciência, reduzindo a respiração e os batimentos cardíacos. A fala pode ser afectada e os movimentos lentos ou sem coordenação. Outros efeitos de doses maiores incluem náusea e vômitos, e, em casos extremos, a morte. Quando tomados em conjunto, os depressivos aumentam os seus efeitos e o perigo de “overdose”.

Os **estimulantes** são diariamente usados por milhões de pessoas. Café, chá e bebidas de cola que contêm cafeína, um estimulante moderado. A nicotina no tabaco também é um estimulante, apesar de muitos fumadores o usarem para relaxar. Outras drogas estimulantes, como a efedrina, são usadas em medicamentos para bronquite, febre dos fenos e asma. As drogas estimulantes mais fortes incluem anfetaminas, “speeds” e cocaína, que são ilegais na maioria dos países.



Os **alucinogénios** distorcem a percepção da realidade. Estas drogas incluem:

- LSD (dietilamida do ácido lisérgico);
- Écstasy (MDDMA/methylenedioxiometanfetamine)
- Cannabis em concentrações mais fortes, como no haxixe e na resina, pode agir como um alucinogénio, além de ser um depressivo do sistema nervoso central
- Ketamina, também conhecido como *K* ou *K Especial*.

Os efeitos negativos dos alucinogénios podem incluir pânico, paranóia e perda de contacto com a realidade. Em casos extremos, pode resultar um comportamento perigoso como andar pelo trânsito ou saltar de um telhado.

Conduzir sob a influência de alucinogénios é extremamente perigoso. É comum nos utilizadores terem tranquilizantes secundários para ajudá-los a sair de uma droga alucinogénia.

• Drogas comuns usadas pelos jovens:

As **anfetaminas** pertencem a um grupo de drogas apelidadas de estimulantes psicóticos. Fabricadas quimicamente são estimulantes poderosos do sistema nervoso central. A maioria das anfetaminas é produzida em laboratórios caseiros ilegais e vendidas ilegalmente. As anfetaminas podem ser diluídas em sumo, inaladas ou injectadas numa veia. Devido à força desconhecida da anfetamina de rua, alguns utilizadores consomem “overdoses” e morrem. Com doses mais fortes, os utilizadores podem tornar-se, frequentemente, agressivos e, potencialmente, violentos; os sintomas da sua falta incluem fadiga, sono transtornado, irritabilidade, fome e depressão severa.

A **metafetamina** é uma droga estimulante que deriva da família das anfetaminas. O uso da metafetamina produz comportamentos e efeitos fisiológicos semelhantes à cocaína e outros estimulantes. Estes efeitos incluem euforia, aumento de agilidade, melhor percepção da auto-estima e autoconfiança, julgamento prejudicado e impulsividade. O uso agudo e crónico da metafetamina resulta, normalmente, em nervosismo, irritabilidade, inquietude e insónia. Mudanças neurológicas permanentes ou defeitos que podem ser o resultado do uso crónico da metafetamina.

A **cocaína** é um pó branco chamado cloridrato de cocaína. Nesta forma, é normalmente inalada ou injectada. Os efeitos da cocaína, que podem durar minutos ou horas, acontecem muito depressa, podendo incluir um sentimento extremo de bem-estar, batimentos cardíacos acelerados, agitação, excitação sexual, vivacidade, energia, impressibilidade e comportamento agressivo. O interior do nariz pode ser severamente danificado se se inalar cocaína regularmente pelo nariz. A cocaína ou “coca,” é altamente viciadora e, assim como outros estimulantes, reduz a fome, a sede e necessidades naturais como descanso, comida e água. Uma “overdose” pode conduzir à morte.

Ecstasy: O químico dióxido de metileno anfetamínico (MDMA) é uma droga que pode causar aos utilizadores visões que não são partilhadas por outras pessoas. Produz um sentimento de tranquilidade, aumento de confiança e intimidade com outros, por isso, também é conhecido como “a droga do amor.” Os utilizadores também podem cerrar os maxilares, ranger de dentes, sentir a boca e a garganta seca, náusea, perda de apetite, ansiedade, paranóia e confusão.

Inalantes: Algumas drogas em contacto com o ar tornam-se gasosas e, quando os fumos são inalados, podem fazer com que o utilizador se sinta nas nuvens. São os inalantes. Muitos produtos domésticos são usados como inalantes, tais como cola, sprays, fluidos mais leves, diluentes, tintas à base de crómio ou gasolina. A droga em alguns destes produtos pode causar ataque cardíaco, particularmente se o utilizador é nervoso ou faz exercícios pesados. Alguns utilizadores costumam

desmaiar e ficar sufocados no saco de plástico em que inalam as substâncias. Como a maioria das drogas de rua, os inalantes são viciadores, embora quase todos os que os tiverem experimentado só os utilizem algumas vezes.

Cannabis: Também conhecida como marijuana ou *suruma*, esta droga pode ter efeito leve numa pessoa e maior forte noutra. O efeito inicial para um novo fumador de marijuana pode ser uma forte pressa. Algumas pessoas dizem que não sentem nada. Para outras, o uso de marijuana é uma experiência agradável. Em outros ainda tem efeitos colaterais desagradáveis. Tem efeitos negativos na saúde, resultantes de uso continuado. A planta do linho, a *cannabis sativa*, cresce na maior parte do mundo. A planta da marijuana é preparada para ser consumida de vários modos. As três formas comuns de cannabis são marijuana/suruma, haxixe e óleo de haxixe. O termo “marijuana” refere-se à planta da cannabis e a qualquer parte ou extracto dela que produz mudanças somáticas ou psíquicas. As folhas secas e as flores do topo da planta produzem substâncias como o tabaco. Quando a marijuana/suruma é fumada, os seus efeitos sentem-se por alguns minutos, atingindo o auge entre 10 a 30 minutos e podendo persistir por duas a três horas.

46



- **Existe alguma associação entre drogas e sexo, exploração sexual, abuso sexual e HIV e SIDA?**

A ligação entre droga e sexo, exploração sexual e abuso sexual é bem conhecida e, devido a ela, muitos jovens ficam vulneráveis à infecção por HIV.

Alguns exemplos são:

- Jovens que fogem de suas casas ou aldeias devido à violência, ou cujas necessidades são negligenciadas por algum membro da família e/ou outros adultos quando aqueles, intoxicados por drogas, se tornam-se violentos. Esta violência pode manifestar-se abusando sexualmente de outras pessoas.
- Jovens que usam drogas podem enveredar pela prostituição a fim de obter dinheiro para comprar drogas.
- Jovens que podem ser pagos em drogas como retribuição de sexo.
- “Chulos” e donos de casas de prostituição podem dar drogas aos jovens para conseguir que façam sexo (e, desta forma, terem menos probabilidade de recusar ou de serem estimulados sexualmente).
- Clientes podem dar drogas às jovens e depois ter sexo com elas (por ex. como pagamento, para aumento de prazer, para alguns actos sexuais, ou para diminuir a hipótese de serem identificados depois por esses jovens).
- Jovens que são toxicod dependentes para mais facilmente serem envolvidos em pornografia (por exemplo, fotografia ou vídeos) ou para praticarem actos sexuais.
- Jovens que consomem drogas para melhor lidarem com a prostituição – ou certos actos sexuais (porque assim podem praticar os actos ou reduzir a dor dos actos).
- Jovens que consomem drogas para lidar com os efeitos da prostituição (por ex. vergonha e culpa).
- Jovens que tomam drogas para ter maior prazer no sexo.



- **Existe algum sintoma para reconhecer estudantes/pessoas que possam estar a usar drogas?**

Sim, é possível ter uma indicação de alguns sintomas quando uma pessoa está a usar drogas. Deve-se ter o cuidado, em qualquer inquérito sobre o consumo de drogas, de não se presumir o resultado, mas certificar-se plenamente antes de tomar qualquer medida.

Os seguintes **sintomas são indicativos do uso de droga**, podendo não estar sempre relacionados com vício:

Mudança marcante de personalidade: uma pessoa tranquila, bem educada (delicada a falar), que de repente fica agitada e passa a usar uma linguagem abusiva;

Mudanças de humor: o humor pode mudar de bom para mau e voltar novamente ao que era, sem razão aparente;

Mudança na aparência física ou bem-estar: uma mudança no peso, nos padrões do sono, fala inarticulada, verbosidade, euforia, náusea e vômito;

Mudança no desempenho escolar: nos estudantes, uma deterioração significativa no desempenho, especialmente, quando o estudante, antes cuidadoso e inteligente, passa a ter dificuldades de aprendizagem; igualmente, uma mudança rápida de fraco desempenho para muito bom aluno pode ser um indicador importante de uso de drogas;

Necessidade excessiva de ter mais dinheiro: comprar drogas exige dinheiro, e quanto mais droga, mais dependente a pessoa se torna, aumentando a sua necessidade de dinheiro para financiar o seu vício; no entanto, o dinheiro não é, contudo, o único meio de troca para os jovens (podem, por exemplo, trocar qualquer objecto por droga).

TEXTO DE APOIO 6

HABILIDADES PARA A VIDA NA REDUÇÃO DO USO DE DROGAS



1. O que são “Competências e Habilidades para a Vida” e como é que a formação em Competências para a Vida e Habilidades para a Vida, pode reduzir o abuso de drogas e outras substâncias?

Habilidades para a Vida: uma abordagem educativa que contribui para a redução dos danos associados a:

- HIV, SIDA e outras ITS;
- abuso do álcool, do tabaco e consumo de drogas;
- guerra e instabilidade política;
- desemprego;
- exploração sexual e outras formas de exploração;
- discriminação nas suas mais diversas formas.

A abordagem educativa das *Habilidades para a Vida* refere-se ao processo de ensino e aprendizagem que se centra nos conhecimentos, atitudes e capacidades que podem contribuir significativamente para uma mudança positiva do comportamento.

As *Habilidades para a Vida* são competências para um comportamento positivo, que permite aos indivíduos lidar de modo eficaz com as demandas e desafios do dia-a-dia (OMS 1994). Baseada em experiências positivas, a abordagem educativa das competências para a vida na prevenção do abuso de drogas e substâncias fortalece os factores de protecção, tratamento e pós-tratamento, inclusive a prevenção à recaída.

As *Habilidades para a Vida* aplicadas à prevenção do abuso de drogas e substâncias promove a prática e reforço das capacidades psicossociais necessárias ao desenvolvimento pessoal e social, como a auto-consciencialização, a auto-estima, a empatia, as capacidades de comunicação e relacionamento interpessoal, a criatividade, o pensamento crítico, o saber lidar com as emoções e com as tensões.

A prevenção do abuso de drogas e substâncias, que deve fazer parte dos programas de tratamento, deve desenvolver capacidades de recusa ao uso de drogas e substâncias, pensamento crítico, competência social e capacidades de comunicação, instrumentos importantes para explicar e reforçar o empenho pessoal contra a droga.

Enquanto as pessoas consumirem álcool ou outras drogas para lidar com as tensões nas suas vidas, será muito difícil mudar o seu hábito ou comportamento relativo ao uso de substâncias. O aconselhamento deve centrar-se no desenvolvimento de competências para a vida que ajudem a pessoa a lidar com as situações problemáticas da vida para que não sinta necessidade de recorrer a drogas ou outras substâncias. Tais competências para a vida incluem positividade, gestão de estados de raiva, resolução de conflitos, gestão do tempo e de tensão.

2. Riscos e factores de protecção para o consumo de drogas e substâncias por adolescentes

Os programas de prevenção são projectados frequentemente para aumentar os “factores de prevenção” e reduzir os “factores de risco”. Os factores de risco são os que aumentam a probabilidade de os jovens usarem drogas.



Factores de risco e de protecção:

Factores que põe os jovens em risco de consumo de drogas/substâncias	Factores que protegem os adolescentes do consumo de drogas/substâncias
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conflito na família ➤ Amigos que consomem drogas / substâncias 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relação positiva com os pais (família) ➤ Pais que providenciam estrutura e limites (a família) ➤ Ambiente escolar e comunitário positivo, com crenças espirituais (individual) ➤ Diálogo aberto entre a Escola e a comunidade

A nível individual, as experiências da vida desempenham um papel importante nas características genéticas do abuso de substâncias e drogas. São **factores importantes** o nível de apoio e de preocupação dos pais ou outros adultos durante a fase de crescimento e principalmente na adolescência. Também um ambiente escolar saudável, um diálogo aberto entre a Escola e a comunidade, um ambiente social em volta da criança que façam com que ela se sinta no controlo da sua vida, o sentir-se positivo em relação ao futuro, as crenças pessoais, são factores importantes.

Factores que concorrem para o consumo de drogas podem ter origem na família quando nesta há história de abuso de substâncias ou falta de gestão familiar, há falta de comunicação e disciplina, o nível de ligação entre pais e filhos é fraco ou inexistente e sem expectativas. Os adolescentes de uma família onde existe conflito têm mais probabilidade de vir a abusar de substâncias e drogas. Os adolescentes que têm uma relação positiva com os seus pais e cujos pais definem limites, ou seja, regras a serem cumpridas em casa, sendo os próprios pais um exemplo do bom comportamento que se pretende, têm menos probabilidade de abusar de drogas e substâncias.

Os factores de origem social e comunitária incluem as normas sociais e atitudes prevalecentes que favorecem o abuso de substâncias ou drogas, como sejam comunidades degradadas e empobrecidas, comunicação deficiente na comunidade e falta de capacidade de resistência a pressões de amigos.

A nível escolar, os adolescentes que têm uma relação positiva com os professores, que frequentam a escola regularmente e com bom desempenho escolar têm menos probabilidade de vir a usar substâncias ou drogas⁵.

Outros riscos incluem as atitudes dos amigos em relação ao uso de substâncias, uso de substâncias pelos amigos e delinquência.

São outros **factores de protecção** a percepção de risco, apoio social, participação em actividades, exposição a mensagens contra a droga nos meios de informação, intensidade e observância de crenças religiosas, e exposição a mensagens de prevenção.

Declarações de factos e mitos:

O facilitador, para coordenar a identificação de factos e mitos, pode fornecer aos participantes uma lista de citações ou uma única citação em cada cartão e pedir-lhes para que caracterizem, com fundamento, a citação como facto ou mito.

⁵ Fonte: Rede Global da Juventude, 2002; OMS, 2001.



O facilitador só deverá fornecer a chave das respostas depois de todos os participantes terem dado a sua resposta.

S.N.	Citações de factos e mitos
1.	O álcool não vicia, não é uma droga.
2.	É correcto usar drogas para recreação.
3.	Conduzir depois de consumir suruma é muito mais seguro do que conduzir depois de beber álcool.
4.	Fumar cigarros vicia.
5.	Muitos viciados em drogas dizem que fumar suruma foi o primeiro passo para se viciarem noutras drogas pesadas.
6.	As pessoas que são viciadas em drogas não têm força de vontade.
7.	Nos utilizadores de droga há alterações de peso, padrões de sono, fala inarticulada, verbosidade, euforia, náusea e vómitos.
8.	As drogas ajudam a pessoa a lidar com os seus problemas.
9.	Os esteróides só deveriam ser utilizados com prescrição médica.
10.	Não se pode ficar viciado num medicamento prescrito pelo médico, como analgésicos ou comprimidos para dormir.
11.	O café e o chá também contêm estimulantes ou drogas.
12.	Cada vez mais, os jovens usam mais álcool do que qualquer outra substância viciadora.
13.	O alcoolismo é uma doença.
14.	Se usar drogas sem se injectar, não contrairá o HIV.
15.	É raro um adolescente tornar-se alcoólico (alcoólatra)
16.	Se eu utilizar só uma vez heroína, não ficarei viciado.
17.	Os inalantes são basicamente inocentes embora as pessoas façam sobre eles grande alarido.
18.	Fumar pode ser prejudicial para a mulher grávida, mas não para a criança que ela traz no útero.
19.	O álcool é um estimulante sexual.
20.	A suruma é usada legalmente para tratar a dores fortes (no cancro e outras enfermidades crónicas).
21.	A heroína vicia, mas a suruma não.
22.	Experimentar drogas faz parte do crescimento.
23.	O vício pode transformar a vida da pessoa criando um "sem abrigo".
24.	Tomar anfetaminas ou metanfetaminas apenas uma vez não vicia.
25.	Drogas como o álcool, suruma e ecstasy não seriam um problema para os jovens se não viciassem.
26.	A infecção do HIV entre o UDI jovem está a aumentar.
27.	A heroína vicia.



Chave de respostas

S.N.	Chave de respostas
1.	Mito: O álcool é uma droga como qualquer outro estimulante.
2.	Mito: Seja qual for a sua causa, o uso de drogas pode conduzir a vício.
3.	Mito: Como o álcool, a marijuana afecta a coordenação motora, reduz os reflexos e afecta a percepção (o modo como nós vemos e interpretamos os eventos à nossa volta). Qualquer destas mudanças aumenta a probabilidade de um acidente enquanto se conduz.
4.	Facto: A maioria das pessoas que fuma torna-se viciada em nicotina.
5.	Facto: Normalmente as pessoas viciadas em drogas fortes dizem que sentem poder controlar o seu uso, como fazem com a marijuana ou anfetaminas.
6.	Mito: O vício não só é mental mas também físico.
7.	Facto: Este é um dos sintomas, mas a pessoa tem que ter cuidado nos inquéritos; o uso de drogas não deverá ser presumido a menos que se confirme o contrário.
8.	Mito: As drogas ajudam as pessoas a esquecerem-se dos seus problemas ou a reduzir a dor causada pelos problemas; no entanto, os problemas não desaparecem, só se agravam.
9.	Facto: Os esteróides têm consequências de saúde muito sérias, como doenças de fígado, doenças cardíacas, disfunção sexual e alterações de humor, levando a comportamento agressivo ou deprimente; a partilha de agulhas para o uso de esteróides pode transmitir o HIV, o vírus que causa SIDA.
10.	Mito: Frequentemente, pessoas que tomam medicamentos com prescrição ficam viciadas neles.
11.	Facto: Café, chá e muitas bebidas suaves contêm cafeína, que é um estimulante; a cafeína vicia (enxaquecas são um sinal comum da abstinência).
12.	Facto: O álcool é a substância mais frequentemente usada entre os adolescentes; aproximadamente 50% dos homens e 20% das mulheres começam a beber antes dos 20 anos de idade.
13.	Facto: O alcoolismo é uma doença, da mesma maneira que a diabetes ou a epilepsia são doenças; pode responder a tratamento, que inclui a eliminação de todo o consumo de álcool.
14.	Mito: Beber álcool ou usar outras drogas pode inibir a sua capacidade de usar os preservativos correctamente, ou pode fazer até com que se esqueça de usar preservativos.
15.	Mito: Aproximadamente 30% dos homens e 20% das mulheres bebem álcool mais de três vezes por semana.



S.N.	Chave de respostas
16.	Mito: A heroína é altamente viciadora e pode conduzir a vício depois de um único uso.
17.	Mito: Usar inalantes, como diluentes, cola e líquidos de limpeza, pode causar danos permanentes a órgãos como o fígado, o cérebro ou os nervos; eles também são extremamente inflamáveis, podendo causar sérios danos ao acender um fósforo por perto.
18.	Mito: Fumar é igualmente prejudicial para a criança que se encontra no útero.
19.	Mito: O álcool pode, de facto, deprimir a resposta sexual de uma pessoa; as drogas podem minorar a inibição com um parceiro sexual, mas causam problemas como falta de erecção, perda de desejo sexual, ou incapacidade para ter o orgasmo, podendo fazer com que a pessoa faça sexualmente algo que não faria se estivesse sóbrio.
20.	Facto: Na maioria dos casos, a marijuana é contra a lei; as pessoas que recebem permissão de a usar estão em fase terminal das suas vidas.
21.	Mito: A pesquisa de Slthough é contínua, muitos peritos acreditam que o uso de marijuana a longo prazo é potencialmente perigoso e pode conduzir a uma diminuição da motivação, perda de memória, dano na coordenação, julgamento prejudicado, e danos no sistema reprodutor, na garganta, e nos pulmões.
22.	Mito: As drogas são uma questão de escolha e não têm nada a ver com o processo de crescimento.
23.	Facto: A maioria dos viciados perde o estado social e económico, e em muitos casos perde a vida em overdoses e outras complicações.
24.	Mito: Uma pessoa pode tornar-se viciada depois de só um uso.
25.	Mito: As drogas interrompem o crescimento normal e o desenvolvimento da juventude, causam problemas nas relações e frequentemente resultam em gravidezes não desejadas, ITS, entre as quais HIV, porque o seu uso pode conduzir a risco.
26.	Facto: As pesquisas revelam que as taxas de infecção do HIV são elevadas e crescentes entre jovens UDI.
27.	Facto: Uma pessoa pode tornar-se facilmente viciada em heroína, criando dependência física e psicológica.