

E U R O

BOULE DE NEIGE



Manual

BOLA DE NEVE

metodológico

Modus Vivendi asbl

Authors

Alexis Goosdeel, in co-operation with Fabienne Hariga and Dominique Theys.

Acknowledgements

The success of the “EURO-Boule-de-Neige PHASE II” project is attributable to the confidence and unstinting support given to the project by its partners, in particular

In Spain: *Dr Joan Colom Farran, Director General of the General Directory of Drugaddictions and AIDS.*

C. Valverde & Ms C. Martinez (Barcelona, Callela)

In Greece: *Ms Anna Kokkevi, President of OKANA.*

Ms E. Mavridoglou, C. Perikou & Mrs A. Panagiotis, T. Panopoulos.

In Portugal: *Mr Joao Goulao, President of SPTT & Ms Maria Da Conceição Carvalho (Lisbon).
Dr Dione Padre-Santo, Director of CAT de Setubal.*

Ms Maria José Nina. Direcção Regional do Norte do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependencia (Porto).

Ms V. Lopes, A. Teles, G. Cardoso, M. Rocha, S. Faro & M. Rodrigues.

In Slovenia: *Dr Milan Krek, Government Office for Drugs (Ljubljana);*

Ms Sonja Radman, Director of SVIT - N.G.O. & Ms Biljana Mijatovic - Cunja (Koper).

In Finland: *Mr Lasse Murto, Executive Director of A-Clinic Foundation, Mr Ari Saarto (coordinator), Mrs Esa Heinonen & Mika Mikkonen (Helsinki).*

In Italy: *Mr Giuseppe Vaccari. Direzione Generale dell’Azienda USL Modena.*

Dr Fadi Fenianos. Dpt. Public Health. Infectious diseases. University of Rome.

In Belgium: *Ms MP Giot, President, Dr F. Hariga, Director, Dr JP Jacques, Scientific Advisor, & Joël Van Lierde, MODUS VIVENDI (Brussels).*

Ms J. Collin, B. Debras, V. Foucart, L. Przulucki, and Mrs S. Carboni, R. Collinet, T. Dubrunquez & D. Theys.

... and the “jobists” and drugs users of Athens, Barcelona, Setubal, Porto, Koper, Helsinki, Bruxelles, Liège, Charleroi & Namur.

This guideline is also available in

French, English, Italian, Slovene, Finnish, Spanish, Greek.

Legal deposit: D/2004/8826/4

ISBN: 2-930316-07-1

Neither the European Commission nor any person acting on its behalf is liable for any use made of the following informations.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	5
1.a. O que é a “Bola-de-Neve”?	5
1.b. Da prevenção da SIDA à redução de riscos - pontos de referência para um percurso.....	6
II. CONCEITOS FUNDAMENTAIS	9
2.a. Para uma aproximação global à redução de riscos	9
2.b. “Bola-de-Neve” em três dimensões	13
III. “BOLA-DE-NEVE” PASSO A PASSO	23
3.a. Os objectivos	23
3.b. Recrutamento	24
3.c. As regras operacionais	29
3.d. A formação dos mediadores de confiança e do papel dos mediadores de confiança	33
3.e. A fase de trabalho de terreno	40
3.f. Sessão de avaliação individual e colectiva	42
IV. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	47
4.a. A elaboração do questionário: objectivos e limites	47
4.b. Análise dos questionários	50
V. AS PARCERIAS	51
5.a. Notas preliminares	51
5.b. Institucional = conflitual?	52
5.c. Objectivos das parcerias	52
5.d. Modalidades das parcerias	53
5.e. Organização	54
VI. AVALIAÇÃO DO PROJECTO	55
6.a. Notas preliminares	55
6.b. Avaliação da operação	55
BOLA DE NEVE - PASSO A PASSO: LISTAGEM	57
ANEXOS	59

I. INTRODUÇÃO

1.a. O que é a “Bola-de-Neve”?

A operação “Bola-de-Neve” é um programa de prevenção da SIDA, das hepatites e de riscos análogos com base numa participação activa dos utilizadores de drogas (UD).

A ideia original da “Bola-de-Neve” consiste em recrutar (ex)-utilizadores de drogas para um trabalho de prevenção de proximidade no qual sejam os próprios a falar com outros toxicodependentes sobre SIDA, hepatites e formas de protecção do contágio. Denominamo-los “mediadores de confiança/facilitadores”¹.

Trata-se de um trabalho remunerado, durante o qual o mediador se vê confrontado com uma tripla missão:

- participar nas acções de formação/sensibilização;
- estabelecer dez a quinze contactos no seu meio;
- “recrutar” um futuro candidato a mediador.

Depois de ter participado em 5 ou 6 sessões de informação, o mediador vai para o terreno, munido de um questionário que serve de base à entrevista com os UD. Em seguida é organizada uma reunião de avaliação. Os mediadores trazem os questionários preenchidos, fazem os seus comentários e dão sugestões em relação à metodologia do projecto e aos seus encontros. Finalmente, apresentam os candidatos a mediador que recrutaram para uma futura operação.

Nas primeiras operações, dever-se-á realizar um trabalho prévio de preparação das sessões que durará dois a três meses. A operação propriamente dita desenrola-se em algumas semanas.

Trata-se de assegurar que a mensagem preventiva percorra o caminho seguido pelo vírus, despertando uma transmissão de amigo a amigo, ombro a ombro.

Durante as sessões e as actividades, a única exigência em relação aos mediadores de confiança é que estejam atentos e em estado vigil, para que possam participar activamente nas reuniões.

O objectivo principal não é em nenhum caso a prevenção primária, nem o tratamento do abuso ou da dependência das drogas, se bem que esta questão possa vir a ser discutida posteriormente mediante o pedido dos interessados.

¹ “Jobiste”: termo utilizado na Bélgica para designar estudantes recrutados no quadro de um trabalho ocasional, como tarefeiros.

N.T. Adoptou-se o termo “mediador de confiança/facilitador” por acharmos que traduz de forma mais adequada o papel dos “tarefeiros” neste projecto particular.

1.b. Da prevenção da SIDA à redução de riscos

pontos de referência para um percurso

A operação “Bola-de-Neve” nasceu de uma ideia do Dr. Jean-Pierre Jacques, proposta em 1987 ao Ministro Charles Picqué no relatório “Missão SIDA - Toxicomanias”².

Na altura, os meios de ajuda aos toxicodependentes não eram muito diversificados. A maior parte dos centros especializados propunha a abstinência sem que existisse uma verdadeira colaboração entre estas instituições e os UD. A abordagem fortemente arbitrária do problema, punha os UD em posição de submissão relativamente às exigências dos responsáveis, convencidos de saberem o que era bom ou mau para eles.

Pôr em prática um programa como o “Bola-de-Neve” implicou correr riscos de três níveis:

- **nível político:** os responsáveis políticos aceitaram financiar um programa de prevenção que se baseava na colaboração remunerada dos UD, e isto num contexto epidemiológico falsamente securizante (sem pessimismo nem sensacionalismo, que seriam sempre mediaticamente rentáveis). Posto isto, correram o risco de aprovar e dar apoio a um projecto politicamente pouco “rentável” e pouco “visível”, a favor de um público marginal, excluído e desconsiderado.

- **nível dos profissionais:** os intervenientes aceitaram escutar os UD, trabalhar com eles num quadro não terapêutico e pagar-lhes, colocando a sua credibilidade em jogo, num clima global de repressão e de promoção da abstinência, tendo que suportar a troça dos colegas persuadidos de “que não podemos confiar nos toxicómanos e ainda menos pagar-lhes para fazerem prevenção”. Igualmente, aceitaram o risco de ver os seus conhecimentos e as suas certezas postas em causa pela palavra dos UD.
- **nível dos UD:** no clima de suspeição e de desconfiança que reinava a seu respeito, os UD correram o risco de participar no “Bola-de-Neve”. Eles falaram a outros utilizadores e a profissionais de saúde dos riscos que corriam. Foram à sua rede de conhecimentos falar sobre SIDA correndo o risco de serem rejeitados... e mesmo interpelados pela polícia.

É muito importante salientar desde já que empenhar-se num programa como o “Bola-de-Neve” implica correr riscos, começando pelo diálogo, pela escuta e pelo encontro.

² Relatório ao ministro Charles Picqué, Presidente-Ministro da Região de Bruxelas-Capital “Missão SIDA-Toxicodependências”, J-P Jacques, Bruxelas, 1987.

Depois de uma fase de alarme inicial em relação à SIDA que durou aproximadamente 5 anos, tanto os UD como os intervenientes especializados, bem como os responsáveis políticos, foram progressivamente demonstrando um certo desinteresse em relação a este problema. Paralelamente, os dados recolhidos pelo “Bola-de-Neve” pareciam confirmar a hipótese que dizia que os UD belgas não eram mais prudentes nem estavam menos “em risco” do que outros UD de outros países³.

Paradoxalmente, foram as hepatites que vieram em socorro da prevenção da SIDA:

- Se a SIDA era considerada como um problema de uma minoria de UD, as hepatites eram o problema de todos, porque eram muito frequentes no meio toxicodependente. Uma vez que as modalidades de transmissão são mais ou menos as mesmas, pode considerar-se que a prevenção das hepatites actua indirectamente na prevenção da SIDA.
- Por vezes notava-se alguma resistência quando se tentava fazer a sensibilização para o problema da SIDA, o que limitava os nossos propósitos, e isto acontecia em parte porque se trata de um problema que confronta cada um com a sua morte. Então, como evocar a vida a partir de um tema que fala da morte? O facto de se ter alterado a perspectiva de trabalho permitiu modificar a dinâmica e levantar, nas discussões e nos encontros com os UD e com os nossos colegas, questões até agora ignoradas, mesmo por nós.

O objectivo da “Bola-de-Neve”, assim alargado às hepatites (e mesmo à tuberculose ou às overdoses), permite trabalhar com os UD que sentem que isso lhes diz respeito. O facto de trabalhar com os UD seropositivos para os vírus das hepatites ou da SIDA, muda totalmente o teor da mensagem e a maneira de a transmitir: não se pode continuar a pôr a SIDA e as hepatites dentro do mesmo discurso, sob pena de se ver alguém que já esteja contaminado ser condenado pela mensagem preventiva, porque então essa pessoa passaria a incarnar de alguma maneira o fracasso⁴.

A prevenção ideal (viver sem SIDA, viver sem drogas, viver sem riscos) é assim trazida à prevenção “possível”: viver com SIDA, viver com drogas, viver com riscos, viver com o outro naquilo em que ele é radicalmente diferente de nós⁵.

>>>

³ *As taxas de partilha de seringas permaneciam elevadas (aproximadamente 50% dos utilizadores encontrados nas primeiras operações) e as técnicas de desinfectação eram pouco conhecidas.*

⁴ *Como sublinha Fr. Delor, “as mensagens preventivas gerais especialmente inibidoras e por vezes violentas porque são ouvidas por pessoas doentes” Delor Fr. “Seropositivos” - Trajectórias Identitárias e encontros de risco”, L’Harmattan - Coll. Logiques Sociales - Paris nov 1997 - p329.*

⁵ *Esta opinião é ainda mais reforçada pelo facto de que a esperança de vida das pessoas seropositivas aumenta de dia para dia.*

>>> Esta mudança ao nível do discurso e da abordagem, situa a problemática da SIDA num quadro mais largo: os riscos associados ao uso de drogas estão ligados a vários factores e comportam várias dimensões. Para que uma acção seja eficaz, ela deve integrar estes elementos, vindo o efeito da prevenção ligado especificamente à SIDA, por acréscimo⁶...

A mensagem e sobretudo as questões levantadas pela prevenção da SIDA e das hepatites não têm hipóteses de ser transmitidas se não forem levados em conta os riscos e os problemas apercebidos pelos próprios utilizadores. Convém portanto dar-lhes um lugar no dispositivo e escutá-los, mais do que tentar “doutriná-los”.

Esta modificação teve um impacto significativo sobre as pessoas em causa:

Permitiu abordar com os UD a problemática dos riscos de uma maneira mais global. Perante a surpresa de descobrirem que doenças como as hepatites eram um problema tão próximo, os UD mostraram um verdadeiro interesse por questões que até agora eram negligenciadas e quiseram saber mais sobre a prevenção e os tratamentos disponíveis.

Os profissionais de saúde sentiram que finalmente algo se dirigia ao seu problema e correspondia mais à sua percepção da realidade. A sua atitude tornou-se mais aberta, levando ao pedido de informações complementares e a novas possibilidades de colaboração.

Quanto aos **responsáveis políticos e administrativos**, estes aceitaram dentro de alguns limites a extensão do conceito “Bola-de-Neve” e descobriram outros aspectos da situação dos UD na Bélgica. O facto de levarem em conta estes últimos dados permitiu a adopção de estratégias e de novos programas, como a troca de seringas, por exemplo.

O que nos parece interessante salientar aqui é a mudança de dinâmica que se instaura:

Passámos de uma lógica que era a de convencer as pessoas da existência de um problema para lhes dizer em seguida como evitá-lo, para uma lógica onde, partindo daquilo que é identificado e reconhecido como uma dificuldade pelos próprios utilizadores, se torna possível construir uma acção conjunta.

Trata-se de um processo complexo em renovação contínua, não significando com isso que seja impossível de gerir. O objectivo deste manual metodológico é precisamente dar ao leitor uma visão global dos factores que influenciam a gestão deste género de processo.

⁶ “A Pos-venção” - Relatório de actividades do Projecto Aria 1994
ARIA-I.O.S Rue Grande, 5-7
B-7340 Colfontaine

II. CONCEITOS FUNDAMENTAIS

2.a. Para uma aproximação global à redução de riscos

O que é a “redução dos riscos” ou antes, de que “redução dos riscos” falamos nós? Propomos a partir de agora a definição sugerida por Annie Mino⁷: “As estratégias de redução dos riscos podem ser definidas como todas as acções individuais e colectivas, médicas ou sociais, visando minimizar os efeitos negativos ligados ao consumo de drogas”.

Aquilo que nos parece importante sublinhar é que a definição proposta fala de **estratégias** e não de **políticas**. O termo “**estratégia**” realça a importância de um “conjunto de acções coordenadas” que tem em conta a dimensão global do fenómeno “drogas”. Uma estratégia não pode substituir uma política. Quando muito, constitui o instrumento⁸ da sua execução.

O termo “**política** de redução dos riscos” é frequentemente utilizado de maneira isolada e indefinida, como se fosse possível separar a redução de riscos do seu objecto, o uso de drogas, para se constituir como uma entidade autónoma com uma lógica e uma consistência próprias⁹. Sob este termo encontram-se na realidade **acções sectoriais parciais** (saúde, justiça, serviço social,...) que prosseguem **objectivos** diversos (sanitários, de segurança...) e muitas vezes contraditórios.

Se estas acções obedecem a uma certa lógica – toda a aproximação sectorial pode produzir a sua própria definição dos riscos, a forma de actuar e as razões para procurar reduzi-los –, não podem no entanto assumir o lugar de políticas.

>>>

⁷ Mino A. “Evolução da política de cuidados em matéria de toxicomania: a redução dos riscos”, *Psychotropes*, vol VIII, Montréal, p9.

⁸ No dicionário. - política: forma de governar um Estado, junto com os assuntos públicos; estratégia: conjunto de acções coordenadas. “ Le Petit Robert, Paris, 1992.

⁹ Ouve-se dizer por exemplo “agora que nós temos uma política de redução dos riscos as coisas mudaram” quando não há uma política de “drogas” coerente e, no fundo, nada mudou.

>>> O que falta a estas análises parciais e que dá lugar à oposição, é uma aproximação global ao fenómeno das “drogas”¹⁰ que, como todo o fenómeno global, se caracteriza por quatro propriedades essenciais¹¹:

1] a dimensão **transnacional**: o fenómeno das “drogas” não pode ser circunscrito a um bairro, uma cidade, ou uma região; existe uma grande variedade de interacções em larga escala, de que as manifestações “locais” são apenas a parte mais visível¹². Como uma acção isolada tem poucas hipóteses de ser pertinente, torna-se portanto necessário estabelecer novas formas de colaboração, baseadas na noção de **parceria**.

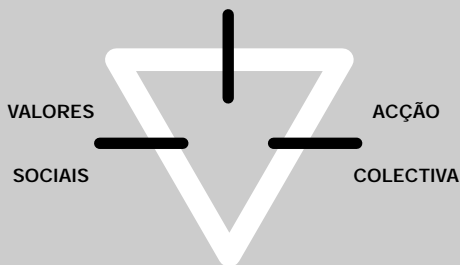
2] a **complexidade**: o fenómeno “drogas” implica numerosas dimensões individuais, sociais, culturais, económicas e políticas estreitamente interligadas, que colocam limites a abordagens demasiado “especializadas”. É preciso portanto situar o fenómeno numa perspectiva holística que ponha em evidência a participação do fenómeno “drogas” noutras problemáticas e não o inverso. Trata-se de inventar novos méto-

dos de racionalização e de gestão **multi-disciplinares** que se apoiem na interacção mais do que numa acumulação de saberes.

3] a **mudança rápida** do fenómeno é, de longe, aquela que apresenta mais dificuldades ao racionalismo preditivo da ciência moderna: existe um desencontro crescente entre a produção do saber e dos conhecimentos e a realidade que eles deveriam descrever, o que requer maior **flexibilidade** na concepção e na execução das respostas ao problema.

4] a **incerteza** e a impossibilidade de fazer previsões que daí resulta, obrigam-nos a fazer um esforço de adaptação constante, ao mesmo tempo que nos impõem entrar num processo de **experimentação social** permanente, incluindo a planificação e a programação.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL



¹⁰ & ¹¹ Palm R., “L’approche globale du phénomène Drogues: mise en œuvre et conditions d’efficacité”, *Actes d’Entretien d’Egmont*, Alizés asbl, Bruxelles, 1998, p. 117-123.

¹² Para informações mais detalhadas, consultar Funken V, “Pour une réflexion globale sur le concept de ‘réduction des risques’”, in *La réduction des risques*, Liaison Antiprohibitionniste, séminário 1995, Bruxelles, p- 11-19.

A abordagem global do fenómeno das “drogas”¹³ tem em consideração três processos sociais: **os valores sociais, a acção colectiva e a organização social**. A sua interacção determina a definição e a compreensão dos riscos ligados ao fenómeno “drogas”, as razões e os ideais invocados para os reduzir e os meios e recursos necessários para implementar estas acções.

- Os **valores sociais** são um conjunto de crenças e de conhecimentos que se exprimem e são produzidos através de saberes teóricos e práticos. Em função dos valores e dos saberes mobilizados, a forma como é abordado tanto o fenómeno das “drogas” como os riscos que lhe estão associados será diferente. Esta primeira escolha é portanto determinante no processo, mas não é a única a ter em consideração.
- A **acção colectiva** apoia-se sobre os actores (UD, profissionais de saúde, educadores, professores, pais, opinião pública...) e sobre os instrumentos (ferramentas, informações). A escolha dos actores tem um papel fundamental tanto na definição do problema como na identificação dos recursos e dos meios que podem ser mobilizados para a acção.
- A **organização social** que estrutura a resposta fornecida pela sociedade apoia-se em orientações políticas, num dispositivo institucional, e em realidades locais específicas. Ela manifesta-se por comportamentos sociais, individuais e institucionais, que têm a sua própria lógica e estão em interacção permanente. Portanto, é preciso integrar na análise e na acção estas lógicas e as suas interacções para se construírem projectos mais realistas e mais eficazes.

Em função dos valores, dos saberes, dos actores e da organização social mobilizados e da forma como interagem, obtêm-se diferentes definições dos riscos ligados ao fenómeno droga. Daí a importância de se alargar a análise do problema a mais actores e disciplinas, ao contrário do que é feito habitualmente.

Por exemplo, apercebemo-nos que aquilo que para uns constitui um factor de risco (a injeção de heroína, por exemplo), para outros pode ser uma estratégia para reduzir outros riscos:

“Fundamentalmente, a toxicodependência é isso: preferir a droga para evitar qualquer coisa ainda mais ameaçadora. (...) O que é que acontece quando não se parte do princípio que “o toxicodependente erra ao drogar-se” mas sim que “ele deve ter uma razão subjectiva para fazer da droga a sua companheira mais fiel” (...) De facto, um sujeito pode escolher a droga, e mesmo ir para a cadeia, para solucionar as suas relações com os outros porque para si, por exemplo, o sexo é algo nojento.”¹⁴

>>>

¹³ Palm R., Goosdeel A., “Towards a comprehensive approach of the drugs phenomenon” - Programa de Treino Multidisciplinar numa Abordagem Global do Fenómeno das Drogas - Comissão Europeia Programa PHARE -DG IA - 1995 - 1997

¹⁴ Aucremane J. L., “Traitement des toxicomanes: de l'impuissance à l'impossible” - Actas do colóquio organizado pelos 10 anos da associação ENADEN, Bruxelas 1992, p.20

>>> Uma aproximação global à redução de riscos convida-nos a trabalhar em conjunto, a implementar da forma mais criativa os saberes, os actores e a organização social. Não se trata de atingir uma apreensão completa e totalizadora, mas sim de definir em conjunto um problema tão comum como diferenciado, condição necessária para a adesão de cada um à execução de qualquer acção.

Para que uma real dinâmica “Bola-de-Neve” possa ser posta em prática, é preciso articular as 3 dimensões acima citadas da seguinte maneira:

1] Sobre o eixo dos valores e dos conhecimentos:

- Referir os conhecimentos científicos e médicos sobre a SIDA, as hepatites, as overdoses, etc., assegurando sempre a clareza da informação;
- Integrar o que as ciências humanas e, em particular, a psicanálise, podem ensinar sobre a complexidade dos comportamentos humanos e sobre a toma de riscos;
- Aceitar os saberes práticos (os dos UD, por exemplo) no diagnóstico do problema e na definição das estratégias.

2] Sobre o eixo dos actores e dos instrumentos:

- Integrar mais actores (entre estes, UD e profissionais especializados e não especializados) nas acções a pôr em prática e na concepção dos instrumentos de trabalho;

- Completar estas instrumentos através de informações práticas sobre os meios preventivos disponíveis: serviços de troca de seringas, Kits preventivos, possibilidades de acolhimento ou de alojamento para os sem abrigo...

3] Sobre o eixo da organização social:

- Implicar instituições e actores de terreno em parcerias;
- Respeitar e ter em conta as lógicas e constrangimentos institucionais;
- Informar as autoridades locais da organização das operações e da evolução destas (cf Capítulo III “Passo a passo”);
- Assegurar, sempre que possível, que os decisores políticos estejam informados sobre o tipo de trabalho efectuado e sobre as conclusões a retirar das acções, para que conheçam melhor a realidade e as necessidades existentes e possam definir uma política mais adequada.

2.b. “Bola-de-Neve” em três dimensões

Com base nestas 3 dimensões, nós podemos definir as características da metodologia “Bola-de-Neve” como sendo:

- 1] relatividade do risco
- 2] prevenção participativa
- 3] parcerias institucionais e práticas de redes



II.B.1. A relatividade do risco

a] O preconceito da prevenção

A maior parte das estratégias de prevenção baseia-se na história ou no percurso dos UD, seleccionando uma série de factos salientes aos quais se confere o estatuto de “factores causais”. Depois disso, a prevenção tenta agir de uma forma antecipada sobre estes supostos factores desencadeantes.

Nesta perspectiva, a prevenção repousa sobre a ideia de que se adoptam certos comportamentos julgados nefastos para o indivíduo ou para a colectividade por falta de informação sobre “o que se deve fazer”, ou antes sobre “o que não se deve fazer”.

Esta concepção da prevenção suscita alguns comentários:

- 1] Levando esta lógica ao extremo, se estes comportamentos persistirem apesar da difusão das mensagens preventivas, pode-se chegar à conclusão que o “transgressor” escolheu voluntariamente não fazer

aquilo que se lhe diz. Ele passa então rapidamente do estatuto de “vítima” irresponsável (ele não sabe o que faz, os riscos que corre) olhado com uma certa benevolência (“coitado”), para o estatuto de desviante social, de culpado (“estava mesmo a pedil-las”) que merece um castigo (“ele assim o quis, assim o teve”). Esta aproximação securitária da prevenção prossegue um objectivo de controlo social que reforça os riscos para a colectividade e os UD, assim como a sua exclusão.

- 2] A noção de risco não é unívoca, ela refere-se a diferentes categorias de pensamento: o risco físico e o risco individual. Da mesma maneira que “o coração tem razões que a razão desconhece”, nem toda a gente corre os mesmos riscos. O que é arriscado para uns não o é forçosamente para outros. >>>

>>>

“Não se podem confundir os factores de risco revelados pelas estatísticas e pelos estudos epidemiológicos com a dimensão do risco individual (...). O que vale em termos estatísticos não vale para um indivíduo singular. (...) Os seres humanos são “seres subjectivos” em que as reacções estão mais ligadas ao significado que eles dão ao seu comportamento do que à objectividade das consequências mecânicas e médicas que a análise estatística pretende definir.”¹⁵

As escolhas que fazemos nem sempre são conscientes, deliberadas; por vezes escapam-nos, nem sempre sabemos “o que é que nos deu”. O sentido destas escolhas aparece-nos com frequência mais tarde. Mais ainda, esse sentido pode mudar com o tempo, em função do percurso de cada um, da história que reescrevemos em cada um dos nossos passos.

Se a causa de se correrem riscos só pode ser descortinada *a posteriori* e está dependente do sentido que lhe vier a ser dado, é certo que será sempre singular e imprevisível. “A causa construída por um não vale para outro”.¹⁶

À força de se querer privilegiar as causas pré-determinadas, definidas exteriormente às pessoas em causa, “a lógica destes esquemas preventivos impede que se tenha em consideração o caminho de cada indivíduo e portanto, de uma certa maneira, constituirá um obstáculo ao seu próprio projecto (porque, mesmo se é o colectivo que está a ser visado, esperam-se efeitos sobre cada indivíduo em singular)”.¹⁷

Se por um lado a prevenção comporta uma dimensão colectiva, por outro só pode ser implementada caso a caso. Logo, é essencial dar ao indivíduo um lugar central no dispositivo.

¹⁵ Malherbe J-Fr. “Autonomie et prévention - Alcool, tabac, sida dans une société médicalisée”, Bouges, Artel-Fides, p. 28 e 33 em P. Seunier, ‘A prevenção das toxicomanias: do previsto ao imprevisível,’ - Tese em Psicologia, não publicado, Universidade Católica de Louvain, 1996

¹⁶ P. Seunier, ‘A prevenção das toxicomanias: do previsto ao imprevisível,’ - Tese em Psicologia, não publicado, Universidade Católica de Louvain, 1996

¹⁷ Seunier P. Op. Cit.

“... Apenas existe a prevenção que é levada a cabo caso-a-caso e que tem em conta a temporalidade do sujeito. Trata-se aqui de uma questão realmente central no domínio da saúde em geral. Não é porque existe um certo tipo de saber (...) que se pode “reverter” o curso do tempo e tentar “prevenir” um sujeito por antecipação, pondo-o assim ao abrigo de uma conduta destrutiva. Em resumo, a prevenção é totalmente paradoxal e há qualquer coisa na subjectividade dos humanos que torna impossível o projecto da prevenção.”¹⁸

3) Correremos riscos faz parte integrante da existência. Uma vida sem riscos é impossível. Ninguém é imune aos riscos, nem o utilizador de drogas nem os intervenientes que o tentam ajudar.

“... começemos por reconhecer que uma sociedade sem risco não existe, que ela não pode engendrar mais que o suicídio”¹⁹

O ser humano, o sujeito falante, não é “naturalmente” feito apenas para a felicidade. “Alguma coisa” nele pode levá-lo a desejar a morte e a destruição, a “desejar” a desgraça na sua existência, o que o pode levar “para além do princípio do prazer” a manter uma série de práticas nefastas para a saúde, tais como o consumo de substâncias tóxicas²⁰.

O uso de drogas pode assim aparecer como uma modalidade de resposta particular a questões mais angustiantes para o sujeito, questões acerca das quais ele talvez não queira “saber nada”. É importante que a prevenção não aborde os utilizadores de drogas com um saber massivo, mas que ofereça uma abertura às questões que não se conhecem antecipadamente.

“Respostas demasiado completas podem igualmente criar o risco de excluir a busca implícita de um outro laço social, um espaço intermédio de procura de identidade.”²¹

>>>

¹⁸ Van den Broeck N. “La prévention en milieu scolaire: hypothèses de travail” - não publicado - *Tournal* 26 Junho 1998

¹⁹ Van den Broeck N. “La prise de risques chez l’usager de drogues: entre le rationnel du savoir et l’irrationnel de la conduite” - não publicado - *Toumal* Maio 1998

²⁰ Seunier, *Op. Cit.*, p. 76

²¹ Delor, Fr. “Séropositifs - trajectoires identitaires et rencontres du risque” - *L’Harmattan, Logicas sociais*, Paris, 1997p. 224

>>> b) Os desafios da prevenção

Cidadania

O primeiro desafio da prevenção é reconhecer que o uso de drogas e os riscos que lhe estão associados podem ter um sentido para o sujeito, mesmo que este sentido lhe escape. Isto implica reconhecer o utilizador de drogas como um todo, implica reconhecer-lhe uma dignidade, uma humanidade enquanto indivíduo.

Diálogo

O segundo desafio é o de restaurar o valor da comunicação oral, do diálogo, de abrir um espaço onde se podem colocar questões. A primeira etapa consiste em escutá-los, deixá-los interrogarem-se e em seguida construir em conjunto a “Bola-de-Neve”.

Saúde

O terceiro desafio é o de focar o interesse dos UD, habitualmente centrado nas substâncias e no seu uso, na noção de Saúde, não no conceito estatístico de Saúde do Corpo, objecto de manipulações técnicas, mas no que considera o corpo vivido e o corpo simbólico.

Acesso aos meios

O quarto desafio consiste em pôr explicitamente em questão o dispositivo existente e em exigir o acesso aos meios de prevenção, aos meios de protecção: cuidados médicos de base, material de injeção esterilizado, Segurança Social, residência, família... A informação e os instrumentos imaginados como suportes da prevenção tornam-se por vezes suportes e pretextos para a troca de experiências.

II.B.2. Prevenção participativa

a) Promover a relação

O projecto apoia-se numa **participação activa dos UD**, desde a concepção do projecto à sua execução e avaliação. Nesta perspectiva, eles não estão reduzidos ao estatuto de “público-alvo” da prevenção. Eles são **parceiros**, e como tal o projecto é elaborado a partir do seu saber de “especialistas” e da sua contribuição.

Assim, o que privilegiamos neste trabalho é a **relação**: uma relação diferente da relação terapêutica, uma relação de parceria na qual se trocam “saberes”, uma relação de trabalho e de confiança, na qual eles são considerados como pessoas responsáveis (algo que, para alguns, não acontecia há já muito tempo).²²

A prevenção torna-se então um pretexto para o encontro no qual, como sublinha D. Theys²³, se correm riscos quer de uma parte quer de outra.

Deste encontro pode surgir algo de novo para cada um dos participantes:

- Os técnicos organizadores, situados numa posição diferente, estão prontos a escutar para além do discurso habitual sobre a droga e a necessidade ou a dificuldade de deixar de consumir;
- Os utilizadores têm a oportunidade de exprimir os seus receios ou as suas angústias, mas também os seus desejos, as suas ideias, a sua criatividade.

A participação dos utilizadores nestes projectos é essencial devido à sua credibilidade junto do grupo de pares, para quem eles são, muitas vezes, os únicos interlocutores ouvidos e reconhecidos (e mesmo assim, isso não é uma regra geral e absoluta).

Todas as operações realizadas com mediadores que não eram utilizadores de drogas redundaram em fracasso e foram rejeitadas pelos “destinatários”. No que respeita à abstinência, os “não-pares” deveriam abster-se de toda a incursão ou, pelo menos, de qualquer discurso preventivo moralizador junto das pessoas visadas pelo projecto.

>>>

²² *Basta pensar na habitual desclassificação da palavra dos utilizadores, da sua cidadania, da sua capacidade de serem pais para nos apercebermos do caminho que é preciso percorrer e do efeito que sobre eles pode ter a instauração de um outro tipo de relação, no quadro dos programas de redução de riscos.*

²³ *Responsável Bola-de-Neve Bruxelas*

>>> b) Educação ou transmissão pelos pares

Não se trata propriamente de falar de educação ou de ensino, porque não é exclusivamente um acto de transmissão de saberes.

“Ensinar” pressupõe que o saber se encontra de um só lado e que é preciso transferi-lo, transmiti-lo a outros. Isto baseia-se numa prevenção fundamentada na ignorância dos outros, pressuposto que nós recusamos.

*“O mais surpreendente é que não se educa somente com o saber (mesmo que seja só psicológico!) mas também com a “ignorância” aberta a outras verdades que vão surgindo”.*²⁴

A “Bola-de-Neve” oferece a possibilidade de uma troca de saberes entre os UD e os profissionais, permite-lhes manter um espaço aberto entre o(s) saber(es) e os comportamentos e recriar um laço social,

Neste sentido, a expressão “educação pelos pares” engloba igualmente a noção da aprendizagem que os profissionais podem fazer graças à participação dos utilizadores.

“... somos confrontados com tudo o que se encontra escondido por detrás dos comportamentos de risco e que foge à informação técnica e racional. É nesta margem ligada ao respeito pelo outro que é preciso aceitar o limite deste trabalho, deixar lugar para a gestão dos riscos que aparecem no “nem bem nem mal” de cada um e que foge muitas vezes a qualquer abordagem pragmática...

*... evitando-se uma prevenção que diz “Tu deves... Tu só tens que...”, respeitamos, no utilizador de drogas, aquilo que foge sempre a uma certeza.”*²⁵

c) Dar lugar à palavra e à sua relação com a verdade

Muitas vezes ouvimos os mediadores de confiança comentar que as pessoas contactadas nem sempre estão a dizer a verdade sobre o seu modo de vida (o que leva a que se sintam tentados a mudar as respostas ao questionário). Noutros casos, os mediadores de confiança sentem pena de não terem conseguido convencer as pessoas a mudar.

Estas notas mostram até que ponto o mediador de confiança se identifica com o profissional de saúde, que é o detentor de um saber absoluto e incontestável, sem se dar conta de que é precisamente isso que impede que a prevenção se construa e se elabore.

*“... A transmissão de um certo tipo de saber é sempre acompanhada por um julgamento moral sobre o bem e sobre o mal, sobre o que é uma boa ou má utilização do corpo”.*²⁶

²⁴ Seunier P: Op., Cit,

²⁴ “Informer et non formater” - Catherine Van Huyck na “Réduire les risques” - Prévention sida - n1 22, Outubro 1997 - Agência de prevenção do SIDA da Comunidade francesa.

²⁴ “La prévention en milieu scolaire: hypothèses de travail” - Dr. Nadine Van der Broeck - 26 Junho 1998.

O problema é que a ciência, apesar de ou por causa de supostamente saber tudo, não só falha na apreensão da essência do que nos torna humanos, como encandeia aqueles que se servem dela com demasiado zelo assim como aqueles a quem supostamente se dirige.

“Existirá sempre um mal-entendido fundamental, ao supor-se que prevenir a morte é já anunciá-la. Neste caso, o sujeito pode decidir -sem ter consciência disso - ignorar a questão.”²⁷

Como trabalhar com os mediadores de confiança sem que se tornem surdos em relação a si próprios e aos outros? Como trabalhar com eles evitando que nos tornemos surdos? É aqui que reside a arte dos coordenadores da “Bola-de-Neve”, que deverão manter um equilíbrio simultaneamente instável e dinâmico entre, por um lado, uma informação clara e precisa sobre a prevenção e, por outro lado, a impossibilidade radical de uma vida sem riscos, controlada a todos os momentos.

Portanto, é preciso aproveitar cada ocasião que os mediadores de confiança nos oferecem para pôr em questão o lugar e o sentido da verdade: do que a pessoa interrogada diz ou não diz, do questionário preenchido ou não pelo mediador de confiança, da distância entre o que se diz ou o que se ensina e o que se faz ou não se faz, da verdade dos números e das estatísticas, enfim, da verdade da realidade, que nunca é assim tão simples de se dizer, de se viver ou de prever, etc.

Pode-se responder a este género de questões de duas maneiras: com respostas já feitas (do género “*se mentirmos, acaba-se sempre por descobrir, “vemos tudo, sabemos tudo”*) ou, ao contrário, interrogando-se sobre o valor da verdade da questão para aquele que a coloca (por exemplo: “*se fores tu a preencher os questionários, é antes de mais de ti que estás a falar. Como é que tu vês as coisas nesse caso? Se isso esconde uma dificuldade, porque é que não havemos de falar nela?”*)

O trabalho dos animadores implica uma certa renúncia do “Saber”, da ciência pela ciência e dos seus efeitos de *trompe-l’œil* narcísico, para que se possa abrir e desdobrar um grupo neste espaço-tempo incerto, incontrollável, que leva àquilo a que J. Zielinski e A. Debaar chamaram a “Après-vention”.²⁸

²⁷ Jaques, J-P, “Le sida mental”

in *Toxicomanie, SIDA, prévention*

- En *Question, CEDIF, Bruxelles 1993, p.23.*

²⁸ “L’après-vention” - *Op. Cit.*

II.B.3. Parcerias institucionais e práticas de rede

a) Aproximação terapêutica e redução de riscos

Uma instrução básica consiste em nunca pôr em causa o uso de drogas. Trata-se de um pré-requisito indispensável para que se possa falar de condutas de riscos com os utilizadores. Estes encontram-se ou fora do sistema de cuidados, ou numa situação de exclusão social, ou continuam a consumir com frequências variáveis e não podem ou não querem falar com o seu médico assistente.

Mesmo que o utilizador esteja em tratamento, esta recomendação mantém-se. Até porque pode ser mais difícil para ele falar com o médico sobre comportamentos de risco. Estas condutas poderiam ser interpretadas como uma recaída, ou não submissão ao tratamento, desrespeito do contrato terapêutico, ou fracasso, levando eventualmente à exclusão do programa terapêutico.

Assim, o trabalho realizado no quadro da “Bola-de-Neve” distingue-se completamente dos programas de prevenção primária das toxicomanias, em que os objectivos são pouco compatíveis e até estão em contradição, com os programas de redução de riscos. Com efeito, os programas de prevenção das toxicomanias têm uma dimensão de abstinência inevitável, que pode conduzir à estigmatização e até à diabolização do utilizador de drogas.

Estes objectivos contraditórios e até opostos, encontram-se de forma análoga nas instituições do sector especializado. Dentro destas, o trabalho terapêutico e a redução de riscos só podem coexistir com a condição de providenciar locais e sobretudo momentos diferentes.

A articulação entre estas duas posições éticas que resultam do trabalho no terreno, dá espaço a surpresas, leva a uma reflexão crítica sobre o trabalho realizado e ao desenvolvimento de uma abordagem pragmática, teórica e clínica. É nesta base que é progressivamente elaborada a nossa concepção da redução dos riscos ligados ao uso de drogas.

No entanto, a necessidade e a importância dos parceiros institucionais não impõe que o recrutamento de mediadores de confiança se limite a este canal, que apenas alcança uma parte dos UD para os quais podemos supor que o contacto com o sistema socio-sanitário já constitui um factor de protecção.

b) Filosofia das parcerias

Hoje em dia, apesar de se verificar alguma evolução na atitude de certos profissionais de saúde, falta ainda desenvolver parcerias a partir do “Bola-de-Neve”²⁹ para atingir os seguintes objectivos:

- Sensibilizar os profissionais para a problemática da SIDA, das hepatites e de outros riscos;
- Permitir a troca de saberes entre os mesmo profissionais, os UD e os coordenadores do “Bola-de-Neve”;
- Fomentar a criação de redes de colaboração a nível local, a partir de uma acção concreta realizada em comum.

Este tipo de parceria “institucional” permite, por exemplo, que os trabalhadores destas instituições estejam com os UD num contexto diferente. Constitui ainda uma oportunidade para que os centros responsáveis façam uma reflexão sobre os problemas concretos postos pelos utilizadores que os frequentam em relação aos riscos associados ao uso de drogas. Este é um dos efeitos interessantes da “Bola-de-Neve”: unir profissionais e utilizadores numa relação diferente da relação terapêutica.

No entanto, convém evitar que os utilizadores tenham que se submeter uma vez mais às pressões do “terapêutico”, correndo o risco de perder a possibilidade de se exprimir livremente num contexto mais aberto à comunicação. Trata-se de criar um dispositivo que deixe aos utilizadores a escolha de participar nas condições que lhes convêm, sem cair num protecționismo excessivo.

Por outro lado, os centros especializados não são os únicos parceiros procurados pela “Bola-de-Neve”. É **essencial** convidar actores que trabalham fora dos centros “tradicionais” para que se possam dirigir aos utilizadores de rua. Estes, na verdade, raramente estão em contacto com as instituições de cuidados especializados, mas podem frequentar, quando existem, grupos de auto-ajuda, equipas de trabalho de rua e instituições de baixo limiar de exigência.

Há um outro tipo de parceria que se insere no quadro da dinamização de sessões de informação, em particular de sessões médicas: é desejável que a animação seja assegurada por um médico de clínica geral ou por um(a) enfermeiro(a) especializado(a), não em “toxicoddependência”, mas sim em “saúde”, o que permite uma confrontação de saberes, um encontro de verdades empíricas e científicas.

²⁹ Para as modalidades práticas da organização das parcerias, remetemos o leitor para a segunda parte do manual.

III. “BOLA-DE-NEVE” PASSO A PASSO

3.a. Os objectivos

Uma operação “Bola-de-Neve” engloba vários objectivos:

1] O **objectivo principal** consiste em sensibilizar os utilizadores de drogas em relação aos riscos ligados à sua prática e aos meios de reduzir esses riscos. Exemplo: informar os UD sobre a SIDA e meios de a evitar.

2] O **segundo objectivo** consiste em informá-los sobre o acesso aos diferentes serviços para obtenção de meios para se protegerem (balcões de troca de seringas, centros de rastreio, etc.) Exemplo: distribuir folhetos de informação num balcão de troca de seringas.

3] O **terceiro objectivo**, secundário em relação aos precedentes, consiste em recolher informações sobre os conhecimentos, comportamentos e atitudes dos UD, a fim de poder orientar os programas de prevenção de maneira adequada. Exemplo: recolher respostas dos UD sobre as suas atitudes em relação ao rastreio da hepatite C.

Antes de começar qualquer operação, é primordial que se fixem objectivos. O recrutamento de mediadores de confiança, o conteúdo das sessões de formação e o questionário dependerão em grande parte desses objectivos.

Estes são de duas ordens: qualitativos e quantitativos.

Objectivos qualitativos:

- “Qual é o problema que queremos abordar com os utilizadores, qual é o risco identificado?”
- “Que tipo de utilizadores queremos atingir? Quais são as características sociodemográficas dos utilizadores que gostaríamos de contactar?”
- “Qual a informação que queremos fazer passar?”
- “Que informação queremos recolher?”

Objectivos quantitativos:

- “Quantos utilizadores desejamos contactar?”

Antes de fixar objectivos, é preciso já ter um bom conhecimento do terreno. Como poderemos saber onde encontrar os UD de risco se não identificarmos os diferentes sub-grupos sociais que não têm acesso à informação através de outros circuitos?

3.b. Recrutamento

III.B.1 Critérios

O recrutamento dos mediadores de confiança é uma das fases essenciais da operação: da qualidade do recrutamento depende em parte o sucesso da operação.

Logicamente, as características das pessoas entrevistadas estarão estreitamente ligadas às dos mediadores de confiança ou “nível zero” de uma cadeia “Bola-de-Neve”. Por exemplo, se dentro dos nossos objectivos estabelecermos encontrar utilizadores com menos de 20 anos, os mediadores de confiança deverão pertencer à mesma faixa etária.

O recrutamento dos mediadores de confiança pode ser feito com base em dois critérios, utilizados em conjunto ou separadamente:

- Uma **zona geográfica**: uma cidade onde se trabalha ou um bairro onde existe um problema de consumo de drogas, por exemplo.
- **Grupos** ou **sub-grupos** de utilizadores de drogas: utilizadores em contacto com redes de cuidados médicos, utilizadores que pertencem a grupos sociais ou étnicos marginalizados, jovens utilizadores ou iniciados... A experiência do “Bola-de-Neve” mostra que existe uma forte correlação entre a marginalização, a exclusão social e os riscos. A prioridade deve portanto ser dada aos grupos e sub-grupos de utilizadores que estão nessas condições ou nas já definidas nos objectivos.

III.B.2 Modalidades de recrutamento

O recrutamento deve permitir recrutar pares, isto é, mediadores de confiança próximos dos consumidores a quem o projecto se destina e capazes de entrar facilmente em contacto com eles. Caso contrário, poderão suscitar desconfiança, rejeição, ou até comportamentos violentos por parte dos grupos de que nos queremos aproximar.

Trata-se de constituir um grupo de 8 a 12 pessoas no máximo. Para além deste número, o grupo torna-se difícil de gerir.

Pode-se propor aos candidatos excedentes para participarem na operação seguinte. O recrutamento pode efectuar-se segundo diversas modalidades, em função dos recursos disponíveis, tais como:

- Um mediador de confiança “recrutador”, geralmente alguém reconhecido pelos seus colegas, beneficiando de um estatuto de líder (neste caso, o mediador de confiança tem um contrato de recrutamento, que é pago além da sua participação na operação);

- Antigos mediadores de confiança têm “apadrinhado” novos candidatos (elemento muito interessante no dispositivo, mas que não funciona quando se passa para uma zona geográfica mais distante);
- Uma associação de auto-ajuda de utilizadores de drogas (no entanto, este género de associação pode não representar todos os utilizadores de um lugar);
- Equipas de rua;
- Publicidade colocada em lugares frequentados pelos utilizadores de drogas; centros especializados, postos de troca de seringas, farmácias, programas de baixo limiar de exigência, abrigos de noite, cafés...
- Profissionais de saúde, que podem falar com os seus pacientes.

Neste último caso, é preciso deixar a escolha aos intervenientes: alguns poderão falar mais à vontade do que outros. Se o paciente colocar questões sobre um cartaz que está numa sala de espera, o seu “psi” pode dizer-lhe para se dirigir a um colega, caso não se sinta à vontade para propôr a participação no “Bola-de-Neve” no contexto terapêutico em que se encontram. Mas este cartaz pode igualmente interpellar o paciente em relação às suas próprias condutas de risco, que o terapeuta pode então introduzir no trabalho individual.

Qualquer que seja o caso, é importante que cada um se sinta à vontade com a proposta que lhe é feita: apoiar a organização de uma operação “Bola-de-Neve” não exige que todos se tornem coordenadores, nem que se impliquem da mesma maneira. É preciso respeitar a participação e os limites de cada um, utilizador ou profissional.

O recrutamento através dos profissionais da saúde limita em parte o recrutamento: a idade dos UD em contacto com os profissionais de saúde é em geral mais elevada que a média de idade dos utilizadores “de rua”; estas pessoas têm já uma “carreira” de muitos anos como utilizadores de drogas, estando mais em contacto com as estruturas de saúde e tendo acesso a mais informação.

A operação não deve ter lugar na sala de espera do centro de cuidados, mas sim num espaço da “comunidade”.

III.B.3 Obstáculos e dificuldades

1] Para os técnicos

A falta de fiabilidade dos candidatos a mediadores de confiança

O recrutamento é imprevisível: por vezes pensa-se que será difícil convencer os utilizadores a participar e acontece ter que dispensar alguns candidatos; noutras ocasiões, aparecem 2 ou 3 candidatos quando 15 pessoas se tinham comprometido.

A lição a retirar do “Bola-de-Neve” começa aqui: não podemos responder pelo comportamento dos outros, quer seja um profissional quer seja um utilizador. Isto orienta o trabalho desde o início, porque nos obriga a aceitar que não podemos controlar tudo. Se isto é verdadeiro para o recrutamento, também é verdadeiro para a prevenção.

A atitude mais adequada a tomar é, assim, a de deixar espaço às questões que esta questão levanta, dar lugar à opção e deixar ao outro a liberdade de escolher.

O esgotamento progressivo da reserva do recrutamento

Se o recrutamento for feito sempre a partir da mesma instituição, no mesmo bairro ou a partir do mesmo grupo de utilizadores de drogas, ao fim de algum tempo, não conseguimos entrar em contacto com novos utilizadores. Portanto é necessário pôr em prática uma estratégia para renovar os mediadores de confiança e assim alcançar novos grupos ou sub-grupos de utilizadores, porque a “Bola-de-Neve” privilegia as redes de relações em detrimento dos desconhecidos.

Para resolver o problema, três opções são possíveis:

- A operação “Bola-de-Neve” desenrola-se várias vezes no território de uma mesma cidade. Neste caso, funciona o método clássico de “apadrinhar”: confiamos a cada um dos mediadores de confiança a missão de recrutar um candidato para uma futura operação, apresentando um futuro candidato na última reunião. Assim cada vez mais utilizadores ficam a conhecer o projecto, levado de boca em boca (o ouvir dizer) e os candidatos afluem provenientes de diferentes bairros da cidade.
- A operação “Bola-de-Neve” desenrola-se de forma esporádica (em função, por exemplo, dos subsídios concedidos) e numa base de unidades territoriais mais limitadas (um bairro, uma zona de influência de uma instituição...). Neste caso, são as parcerias institucionais e as redes locais que servem de intermediários ao primeiro recrutamento. Para a segunda operação, pode-se utilizar o método de “apadrinhamento”. Para que um apadrinhamento se possa fazer, é preciso sempre uma primeira vez.

- Pode ainda ser efectuada periodicamente uma avaliação e observação do terreno, com a colaboração de diferentes parceiros vindos de diferentes tipos de instituições (equipas de rua, centros de jovens...). Isto permite identificar novos utilizadores de “nível zero” que serão o ponto de partida de novos circuitos de “Bola-de-Neve”. Esta solução é provavelmente a melhor, mas a mais exigente em termos de investimento de tempo e de meios.

2] Para o utilizador/mediador de confiança

Dos riscos reais aos riscos simbólicos

Muitos dos utilizadores de drogas decidem participar na operação porque pensam que as coisas vão ser fáceis. Eles pensam que só porque são “toxicodependentes”, os “outros” vão ouvi-los: isto está longe de ser assim tão simples.

Os testemunhos descritos abaixo mostram a que tipo de riscos se expõem muitas vezes os mediadores de confiança (rejeição por parte dos seus colegas, ajuste de contas, interpelação pela polícia, o risco de começar a falar...). Para muitos deles, trata-se de passar da fase de correr riscos reais (injecção, partilha de seringas,...) para a de correr riscos simbólicos (a palavra, a relação com o outro).

“Os mediadores de confiança em liberdade condicional puseram em evidência o facto de não ser conveniente terem contactos no meio toxicómano. Isto traz-lhes problemas, primeiro no recrutamento dos mediadores de confiança depois no trabalho no terreno. Esta informação não nos tinha sido fornecida de antemão.

Um mediador de confiança disse ter medo de ser julgado e considerado pelos seus amigos como alguém “que quer deixar a droga” (quando ele é sem dúvida o maior consumidor do grupo) enquanto participa na operação “Bola-de-Neve”. Além de parecer ridículo perante os olhos dos seus amigos, ele tem receio que o projecto o faça perder credibilidade no meio dos utilizadores de drogas.

Um participante disse conhecer de vista alguns toxicodependentes que encontrou na prisão mas não o suficiente para poder recrutá-los. Ele levantou também o problema de ter que se encontrar de novo com alguns toxicómanos com quem estava de más relações devido a dívidas.”³⁰

Não cabe aos facilitadores encontrar soluções para os participantes, mas antes de mais oferecer-lhes, dentro do quadro do grupo de mediadores de confiança, um espaço onde as respostas e reflexões possam ser expressas e eventualmente trocadas. >>>

³⁰ Relatório da equipa “Bola de Neve” de Namur 1997, Modus Vivendi.

>>> **O risco da recaída**

Por vezes está presente o risco da recaída, particularmente nos casos em que o candidato parou de consumir drogas recentemente ou se sente vulnerável. O seu estado psicológico ou psiquiátrico pode também constituir um problema.

A regra básica é que o assunto deve ser discutido com o indivíduo, deve ser feita uma avaliação conjunta das possíveis consequências da sua participação na operação e depois deixá-lo escolher. É importante que a decisão seja tomada de comum acordo. Nalguns casos, quando a situação assim obriga, pode ser sugerido o adiamento da participação.

Pode acontecer que a idade coloque problemas: no caso de um menor, poderá ser decidido conjuntamente que participará apenas nas sessões de informação, sem tomar parte no trabalho de terreno.

Os riscos de ser abordado pela polícia

Pode acontecer que a polícia peça a identificação do mediador e dos utilizadores de drogas com quem ele está a conversar. Alguns mediadores, de facto, têm cadastro ou são procurados pela polícia, e expõem-se assim a um interrogatório policial. Para “limitar os riscos”, os organizadores da “Bola-de-Neve” deverão informar as autoridades locais, o chefe da esquadra local e o delegado do Ministério Público que irá dar-se início a uma operação, especificando os seus objectivos, avaliação e filiação do Ministério da Saúde. É importante contactar estes elementos da comunidade após cada operação, de forma a fornecer algum feed-back.

Esta atitude reforça a sua atenção para estes problemas e encoraja o pedido de formação ou de maior informação.

No início da operação os mediadores de confiança recebem um documento oficial que certifica a sua participação profissional num programa de saúde pública, no qual se encontram especificados a área geográfica e a data da operação. Os utilizadores de drogas são aconselhados a ter este documento sempre consigo. Por outro lado, é preferível guardar o contrato em casa³¹.

O risco de ser julgado

Alguns mediadores de confiança tendem a “moralizar” os utilizadores que contactam através da operação Bola-de-Neve. Esta tendência traduz-se num julgamento dos riscos que o indivíduo corre nas suas práticas de consumo ou no consumo por si só.

É fundamental que esta questão seja esclarecida com os mediadores de confiança de forma a que seja possível falar com outro utilizador de drogas sem o julgar, independentemente da sua história de vida.

³¹ *O contrato especifica que os mediadores de confiança terão que estar presentes nas reuniões, cujas datas são referidas. Já aconteceu um mediador de confiança ser detido pela polícia de forma a perder uma reunião, e ser assim excluído do projecto. É óbvio que qualquer impedimento ou atitude desadequada da polícia ou de outra pessoa implica o envolvimento dos organizadores, cuja obrigação é recorrer às autoridades apropriadas.*

3.c. As regras operacionais

Na primeira reunião as regras operacionais são apresentadas e explicadas aos mediadores de confiança, que deverão:

- participar na totalidade das sessões de formação;
- estabelecer 15 contactos no seu círculo de amigos e conhecidos;
- “recrutar” um futuro mediador de confiança e motivá-lo a ir às reuniões numa futura operação.

1ª regra:

Um mediador de confiança não deve participar em mais de duas operações sucessivas, porque há que contactar outros UD (que ainda não tenham respondido ao questionário) e manter o interesse e a motivação do mediador. No entanto, temos que assegurar que dois ou três mediadores podem “passar o testemunho” de uma operação a outra: devem transmitir a “memória” da operação prévia ao novo grupo de mediadores e constituem um importante recurso nas actividades do grupo.

2ª regra:

O mediador de confiança compromete-se a ser pontual e assíduo. No caso de circunstâncias imprevistas (p.ex., ser convocado pelo tribunal ou retido pela polícia), o mediador pode continuar a participar na operação desde que tenha informado os organizadores: este deverão deduzir do seu salário a quantia correspondente à reunião a que faltou. A experiência demonstra que esta medida é muito importante para manter a credibilidade do trabalho e dos organizadores. Como exigir um nível de esforço mínimo se todos recebem o mesmo, independentemente de chegarem atrasados ou de terem faltado? Os UD's, habituados a negociar duramente, apreciam este rigor.

3ª regra:

Todos os UD's se comprometem a participar nas reuniões, especialmente nos pequenos grupos de discussão e nos debates com os organizadores e a partilhar a sua experiência, comentários e opiniões sem que tenham receio de dizer coisas estúpidas ou de serem julgados. Ouvir e respeitar os outros também significa respeitar-se a si próprio. Este é um dos conteúdos mais importantes partilhados nas sessões de formação. É também fundamental que os mediadores de confiança tenham uma atitude livre de juízos de valor quando estiverem a fazer o trabalho de terreno.

>>> 4ª regra:

Os mediadores de confiança são informados de que os organizadores estarão sempre disponíveis e que os deverão contactar sempre que sentirem necessidade, seja durante as sessões de informação seja durante a fase do trabalho de campo. É importante insistir neste ponto, já que alguns mediadores de confiança têm dificuldade em contactar os seus pares: tendem a sentir-se desencorajados, desanimados, não tomar nenhuma atitude em relação a esse desânimo e aparecer apenas na última reunião, informando que “não consegui fazer nada”.

Insistimos que devem contactar os organizadores para que estes trabalhem em conjunto as dificuldades subjacentes ao “abrandamento” do seu trabalho. Geralmente, quando o fazem consegue-se encontrar uma solução como, por exemplo, formar equipa com outro mediador de confiança. Não é muito frequente encontrar apoio mútuo e solidariedade e esta experiência é das mais positivas que eles podem retirar desta operação.

Para além do seu aspecto formal, as regras servem para definir e partilhar os valores necessários ao adequado funcionamento do grupo e estão intimamente ligadas à mensagem preventiva subjacente.

3.d. A formação dos mediadores de confiança

III.D.1 Organizar as sessões de formação

Estrutura

O número de sessões pode variar de acordo com:

- o número de tópicos abordados (SIDA e hepatite, tuberculose, *overdoses...*). Não se deve, na mesma operação, assumir como alvo um número ilimitado de riscos ou problemas: abordar demasiados tópicos actua em prejuízo da qualidade da informação.
- o tipo de sessões que o organizador quer levar a cabo (informação médica, *role-playing...*)

Em média, realizam-se 6 a 8 sessões, algumas das quais podendo ser combinadas ou mesmo divididas em duas. Dada a variedade dos métodos empregues, não é aconselhável a definição de um programa standartizado. No entanto, existe uma estrutura lógica que cada equipa deve organizar da forma que lhe pareça adequada.

Pode ser descrita da seguinte forma:

- sessão de apresentação da operação Bola-de-Neve e do seu modo de funcionamento aos candidatos a mediador de confiança;
- sessão de discussão do objectivo da prevenção e do papel dos mediadores de confiança;
- sessões de informação médica;
- sessão de role-playing e de trabalho sobre o questionário;
- trabalho de terreno (cerca de duas semanas);
- sessão de avaliação colectiva e individual.

Frequência e duração

Tem de existir um certo ritmo no trabalho e nas reuniões e deve-se manter uma continuidade entre as sessões. Os utilizadores de drogas têm geralmente uma noção do tempo que não facilita o planeamento a longo prazo: uma semana ou um mês representam para alguns uma verdadeira eternidade. O ritmo mais adequado parece ser o de duas sessões por semana.

As sessões duram duas horas. A pontualidade é incentivada tanto nos mediadores como nos organizadores.

>>> Obstáculos e dificuldades

Existem dois tipos de dificuldade: ou não há candidatos suficientes a mediadores de confiança, ou a fase de terreno revela-se mais difícil do que o esperado. No primeiro caso, o início do programa pode ser adiado; no segundo caso, a reunião final pode ser remarcada para uma data posterior desde que toda a equipa seja pessoalmente informada com a antecedência devida e nunca, sob qualquer circunstância, à última da hora!

A experiência revela que a maioria dos mediadores respeita os prazos, uma vez definidos. Em contrapartida, esperam que os organizadores ajam da mesma forma. Nunca é possível assegurar que toda a gente recebe uma mensagem de mudança nos prazos ou datas, pelo que é essencial a presença dos organizadores no local da sessão que se iria realizar, de forma a que as pessoas que fizeram um esforço para estar presentes não se sintam tão penalizadas.

III.D.2 Sessão de apresentação da Bola-de-Neve

Objectivos

Objectivo oficial:

Apresentar o programa aos candidatos em processo de recrutamento.

Objectivo não-oficial:

Chamar a atenção dos participantes para a dimensão do grupo.

- das missões, regras operacionais e referencial teórico do trabalho;
- do contrato e da calendarização, distribuição do “documento de protecção” e dos bilhetes para o transporte dos mediadores.

Conteúdo

Apresentação:

- dos candidatos a mediador de confiança;
- da equipa, do projecto e do departamento responsável pelo projecto;
- da parceria institucional e dos observadores;
- de outras actividades ligadas à “Bola-de-Neve”;
- dos objectivos;

Procedimentos operacionais

É possível definir uma estrutura de apresentação da Bola-de-Neve em que utilizadores e organizadores comecem a funcionar num registo de troca. Este é um momento de importância crucial, porque “dá o tom” da relação a estabelecer. É a altura de aproximação entre os dois lados, o momento em que estes se medem mutuamente, e no qual a confiança necessária ao desenrolar do trabalho se começará (ou não) a desenvolver.

Para nós, constitui a oportunidade de perceber as motivações dos participantes; para eles, é o momento de descobrir um pouco melhor quem somos e de que forma este projecto se relaciona com os mecanismos psico-médico-sociais. É importante que haja bebidas, fruta, bolachas... de forma a criar uma atmosfera acolhedora. Toda a gente é convidada a participar em algo que está a ser construído em conjunto.

Os organizadores apresentam e lêem o contrato aos mediadores de confiança, colocando-lhes questões. Se os mediadores concordarem com o texto, assinam-no no fim da sessão ou na reunião seguinte. O contrato é muito importante: escrever os direitos e as obrigações de ambas as partes une-as. Na Bola-de-Neve, a reciprocidade é um elemento essencial desde o início.

Nem sempre é necessária uma sessão completa para apresentação do projecto. Pode ser conjugada com a discussão dos objectivos da prevenção e do papel dos mediadores de confiança.

Quando a operação assenta numa parceria institucional e tem observadores, dedicar uma sessão a este assunto permite aos mediadores de confiança comprometerem-se com total conhecimento dos factos. Neste caso, a primeira sessão serve para apresentar o projecto e as condições de participação. Os observadores não estão presentes nesta reunião. Isto deixa ao candidato o tempo suficiente para pensar bem antes de aceitar entrar no projecto³².

III.D.3 Sessão de discussão do objectivo da prevenção e do papel dos mediadores de confiança

Objectivos

Objectivo oficial:

Compreender a situação da SIDA e da hepatite no país e discutir o papel de cada um na prevenção.

Objectivo não oficial:

Desenvolver o sentido de responsabilidade, alargar a discussão à tomada de riscos, relativizar o conhecimento.

Conteúdo

Apresentação da situação das drogas, da SIDA, das hepatites, os riscos, etc. no país e em todo o mundo.

Discussão em grupo sobre tópicos como:

- “O que é que eu tenho dificuldade em compreender sobre a SIDA, a hepatite, etc.?”
- “O que é que eu quero mudar nos outros?”
- “O que é que eu quero mudar em mim próprio?”

>>>

³² *Esta forma de proceder foi concebida de forma a que os mediadores não se sentissem imediatamente constrangidos pela presença de observadores. Na prática, os mediadores sentiram-se muito menos embaraçados do que os próprios organizadores, que estavam excessivamente preocupados em “fazer o que está certo”.*

- >>> • “O que significa “correr riscos”? O que é um risco? Quais os riscos que as pessoas tomam e quais os que não tomam?”
- “Proteger-se a si próprio, protegendo os outros: quando é que nos estamos a proteger e quando é que não o fazemos?”

Procedimentos operacionais

A sessão constitui oportunidade para perceber como é que cada um se posiciona perante a toma de riscos e para formular uma definição comum do objectivo da prevenção na “Bola-de-Neve”.

É ao ouvir os utilizadores de drogas que se compreende a natureza imprevisível e mesmo incontrolável, dos seus comportamentos de risco.

Como disse um mediador de confiança, *“Quando eu estou bem, quando tenho dinheiro, seringas e tempo, tomo precauções. Tenho ainda mais cuidado do que antes. Mas quando não estou bem, quando estou irritado e a precisar desesperadamente de um chuto, não interessa mais nada. Qualquer coisa serve: qualquer seringa que use, qualquer coisa que faça, está tudo bem.”*

Isto levanta a questão de como discutir a prevenção uma vez que a toma de riscos, e conseqüentemente a adopção de comportamentos de protecção, são imprevisíveis. A resposta que será construída em conjunto depende da forma como os mediadores de confiança iniciam o contacto com os utilizadores:

- Se o encontro é confrontativo, confessional, e, desde logo, conduz à dissimulação, a verdade torna-se um desafio. A questão passa a ser se o outro responde “correctamente” e importa identificar os seus “erros”. O mediador de confiança tenta convencer a outra pessoa, efectuando juízos de valor em termos de “bem” e de “mal”. As observações dos mediadores testemunham-no: *“Eu perguntei-lhe se ele ainda se injectava. Ele disse que não, mas eu sei que não é verdade, por isso mudei a resposta dele no questionário”*. Ou: *“Estou muito desiludido com o meu trabalho, na operação, porque achava que ia ser capaz de mudar as pessoas, mas eles não me ouviam.”* Quando isto acontece, a prevenção bloqueia as pessoas e desencoraja-as. Não existe participação, porque os mediadores de confiança deixam de se comportar como “pares” para se tornarem “pais”.

- Se, por outro lado, o encontro propicia a troca entre o mediador e o seu “cliente”, os seus conhecimentos, apesar de diferentes, podem ser igualmente valorizados. Os mediadores de confiança iniciam o seu contacto com os utilizadores perguntando, por exemplo, se eles sabem que a SIDA é transmitida de tal forma, ou se conhecem os locais de troca de seringas. Podem também perguntar aos utilizadores sobre o projecto, sobre prevenção, sobre o que falta ou quais são os problemas nos sítios onde a operação está a ser efectuada (*overdoses*, novas misturas em circulação...).

Então ouvem-se observações como: “*O que deveria ser feito para a prevenção? Bem, primeiro tratem-nos como seres humanos, não somos animais!*” Isto permite uma prevenção realmente participativa, na qual os utilizadores e a prevenção podem andar lado a lado, sem se excluírem mutuamente.

O discurso preventivo no qual o “dizer, possuir ou esconder a verdade” é uma peça fundamental na relação com a outra pessoa, é substituído pelo discurso preventivo onde “como cada um é verdadeiramente”, é o elemento prioritário no estabelecimento da relação com e para o outro.

III.D.4 Sessões de informação médica

Objectivos

Objectivo oficial:

Obter informação sobre SIDA, hepatites e outros tópicos (dependentes dos objectivos seleccionados para esta operação)

Objectivo não oficial:

Consolidar os comportamentos apropriados através da contextualização mais alargada do trabalho.

Conteúdo

O principal foco da sessão de informação médica recai sobre a SIDA e as hepatites virais. Dependendo da situação local e de problemas específicos, podem ser adicionados outros tópicos.

Os temas principais são (lista indicativa):

1] O corpo humano: quais os órgãos principais e a sua função?

2] O sangue: composição, função, sistema imunitário.

3] Quais são os inimigos clássicos do corpo? Vírus e bactérias.

4] SIDA: o vírus, a sua acção, o teste, a seropositividade, a doença, os meios de contágio.

5] Hepatite: o que é?

6] Formas agudas e crónicas de hepatite viral: sintomatologia, formas de contágio, tratamentos.

7] Overdoses: causas, sintomas, como reagir? Reacções, recursos.

>>>

>>> Procedimentos operacionais

Estas sessões devem ser organizadas por um clínico geral ou por um enfermeiro. É importante que transmitam informação médica importante para os mediadores, apresentando-a de uma forma que lhes seja acessível.

Mais ainda, a apresentação deve abranger em detalhe o que é o sistema imunitário e o que são os vírus. Acrescentado ao facto de ser educativo, o encontro é também uma oportunidade de falar sobre o corpo de uma forma diferente e não como o objecto de manipulações “técnicas”. Dar nomes a diferentes partes do corpo, mostrar onde estão localizados os órgãos, reconhecer a sua existência e a função particular de cada um possibilita ao participante sentir-se um “ser humano”, compreender melhor o corpo e, logo, ter mais respeito por ele. Falar do corpo desta forma, evita uma situação na qual o corpo é discutido e percebido apenas na perspectiva mórbida da doença.

Estas sessões requerem muito trabalho preliminar:

- Antes de mais, tem que ser seleccionada a informação que reuna o consenso na comunidade científica no seio de informações por vezes contraditórias.
- A seguir, o material disponível deve ser reescrito de uma maneira simples e clara, de forma a ser facilmente apresentado e compreendido.
- Por último, para assegurar que as sessões permaneçam interactivas e que os participantes assimilem as noções apresentadas, é útil ter brochuras, livros e folhetos informativos para distribuir aos mediadores.

Obstáculos e dificuldades

A tentação de se centrar em certos conhecimentos em detrimento doutros

Estas sessões devem ser estruturadas de tal forma que os organizadores e os participantes possam interagir e trocar tanta informação quanto possível.

Os organizadores devem deslocar-se constantemente do seu conhecimento para o do participante, sem sucumbir à tentação de colocar a Ciência no centro da relação, e ao fazê-lo, esquecer-se de tomar em linha de conta a dimensão psico-emocional dos comportamentos humanos. É importante que os organizadores dêem tempo para perguntas e evitem proclamar certezas que inibem o processo de escuta.

O outro extremo seria afirmar, em nome da cidadania, que os únicos verdadeiros conhecedores da matéria são os utilizadores de drogas. Aqui, os organizadores devem assegurar que o grupo não se perde em discussões sem fim sobre tudo e todos, o que é a melhor forma de evitar a realidade da SIDA e da hepatite, bem como da sexualidade, por exemplo³³.

Que meios para a prevenção?

Não chega informar os utilizadores de drogas sobre os riscos de transmissão dos vírus da SIDA ou da hepatite ou pensar sobre o que leva as pessoas a correr riscos. Deve-se dar-lhes meios para se protegerem a si próprios.

Os organizadores devem assegurar-se que mediadores e utilizadores estão informados sobre o que está disponível no seu contexto: locais de troca de seringas, programas de baixo limiar, ambulâncias especializadas, número de emergência da polícia, etc.

Na mesma perspectiva, os organizadores devem informar as autoridades acerca de necessidades por satisfazer ou do efeito paradoxal de certas medidas.

³³ *Acontece frequentemente que os mediadores ou utilizadores de drogas num grupo tendam a valorizar um aspecto da realidade ou da sua experiência porque acreditam, por ex., que deve mudar a todo o custo. Outros, ao invés, minimizam o risco da transmissão sexual porque a sexualidade é um problema para si. Isto pode dar origem a que a sexualidade já não seja discutida, sob o pretexto de que "não existe" nos utilizadores de drogas, quando para alguns o uso de drogas pode precisamente esconder este problema. Logo, é da maior importância manter esta questão em aberto, mas isto não impede cada grupo de falar sobre ela da forma como quer ou como é capaz de o fazer.*

II.D.5. Sessão de role-playing

Objectivos

Objectivo oficial:

Preparar o trabalho de terreno através de “jogos” e experiências.

Objectivo não oficial:

Criar um clima de confiança, segurança e solidariedade.

Conteúdo

Treinar a intervenção no terreno:

- Trabalho com o questionário.
- Exposição do questionário.
- *Role-playing*

Procedimentos operacionais

O questionário tem uma dupla função³⁴:

- é, antes de mais, um guia para os mediadores de confiança nas entrevistas, ajudando-os a lembrarem-se dos vários tópicos quando estão no terreno;
- serve para recolher informação sobre as práticas dos utilizadores entrevistados, bem como as suas opiniões e sugestões. Durante esta sessão, o questionário é lido em conjunto. O trabalho com o questionário constitui também uma oportunidade de verificar se o conteúdo das sessões médicas foi assimilado convenientemente e de fornecer informações adicionais se necessário.

Seguidamente, a discussão volta-se para situações concretas que os mediadores poderão ter que enfrentar, e estas deverão ser simuladas em *role-playing*. Este momento é sempre muito intenso para os mediadores. Uma vez ultrapassado o medo de actuar à frente dos outros, eles deixam-se absorver completamente pela situação. É geralmente um momento de boa disposição e de prazer partilhado.

Participar e observar o *role-playing* dá novas ideias e ajuda os UD a desenvolverem novas formas de apresentação aos outros, a imaginar estratégias.

Algumas das observações mais frequentes são:

- Iniciar o contacto com os utilizadores apresentando o questionário sem explicar primeiro em que consiste a Bola-de-Neve provoca uma reacção de rejeição e desconfiança imediata, do estilo “*quem és tu, és da bófia ou quê?*”

³⁴ Para uma descrição mais detalhada do questionário consultar o capítulo sobre “*Compilação e análise de dados*”.

- Iniciar o contacto com um grupo de utilizadores em vez de abordar um indivíduo dificulta o encontro e o preenchimento do questionário. Ou se dá o efeito grupal de tentar desqualificar a pessoa que está a responder ou é demasiado difícil responder a certas questões à frente de todos: “*Um teste de HIV, eu? Nunca!*”.
- Reter ainda que seja apenas um pouco da informação transmitida nas sessões médicas evita que o mediador dê explicações confusas ou perca o fio dos seus pensamentos.
- usar o questionário como uma ajuda para evitar perder-se dos tópicos a ser discutidos;
- dar algo à outra pessoa: brochuras, material preventivo, um desdobrável...;
- ser capaz de dizer aos utilizadores de drogas onde podem fazer um teste de despistagem, trocar seringas, encontrar alojamento...;
- chegar a um acordo em relação às pessoas conhecidas de diferentes mediadores e decidir quem entrevista quem;

Os mediadores identificaram vários elementos que dizem ajudá-los no trabalho de terreno:

- serem capazes de explicar o que é a Bola-de-Neve e o que é que um mediador de confiança faz, ser capaz de explicar a função do questionário e como é que este vai ser usado;
- ter documentos de referência; usar sinais indicativos da operação (distintivos, pastas, bonés, canetas...);
- puxar a pessoa “para o lado”, afastá-la do grupo, de forma a poder falar mais facilmente;
- fazer equipa com outro mediador;
- preencher o questionário num local onde é possível estar à vontade;

3.e. A fase de trabalho de terreno

Objectivo

Todo o mediador de confiança deve contactar entre 10 e 15 utilizadores de drogas.

Conteúdo

Apresentar a Operação Bola-de-Neve.

Fazer perguntas sobre os conhecimentos e as atitudes em relação à SIDA, às hepatites e riscos semelhantes.

Partilhar informação com os pares.

Entregar material (folhas, brochuras, kits de injeção, listas de endereços, etc.)

Recrutar entre os utilizadores contactados um candidato a mediador de confiança para a próxima operação.

Procedimentos operacionais

Duração da fase de terreno: 2 a 3 semanas.

Depois da sessão de *role-playing*, os mediadores de confiança vão para o terreno para contactar os UD. Ao longo de todo este período, podem contactar um ou vários organizadores se isso for necessário. Por exemplo, quando não conseguem encontrar pessoas ou estas se recusam a responder ao questionário. Nestes casos, podem falar com o organizador. Eles podem também decidir fazer equipa com outro mediador. Ter um organizador a quem se possam reportar é muito útil, dá uma maior segurança aos mediadores.

A rede contactada pelos mediadores de confiança varia: amigos e conhecidos, utilizadores que frequentam um centro especializado, um bar, uma casa, e mesmo, nalguns casos, traficantes.

Obstáculos e dificuldades

Os mediadores podem deparar-se com dois tipos de dificuldades, principalmente quando é a primeira vez que participam na Bola-de-Neve:

Com os utilizadores de drogas: não são sempre fáceis de abordar e podem mesmo recusar-se a participar. Nas primeiras operações, aconteceu trabalharmos com mediadores de confiança que não eram utilizadores de drogas. As reacções eram geralmente muito agressivas. Mais ainda, a experiência redundou num fracasso. Isto demonstra toda a energia e saber de que o mediador necessita, mesmo que possa ser considerado um “par”.

Com o questionário: apesar das sessões preliminares, há sempre uma “primeira vez” que pode causar alguma apreensão e ansiedade no mediador. Por vezes os mediadores ficam mais tempo no final das últimas sessões, como se precisassem de ser reforçados. Após 6 ou 7 encontros, os mediadores começam a sentir-se mais à vontade com o questionário e a dominar as noções que têm que apresentar e explicar. Esta é uma das razões pelas quais é importante planear outras operações no mesmo local, de forma a que os novos mediadores possam beneficiar da experiência de outros mediadores e para que estes partilhem a sua experiência em novos encontros.

3.f. Sessão de avaliação individual e colectiva

Objectivo

Avaliar o desenvolvimento da operação com os mediadores de confiança

- para eles próprios;
- para as pessoas entrevistadas.

Recolher informações e impressões do trabalho no terreno.

Definir pistas de acção para operações futuras (temas, questionário,...).

Conteúdo

Avaliação do trabalho de terreno:

a] como se desenrolou a apresentação da operação aos utilizadores da operação “Bola-de-Neve”, quais são os perfis e as reacções das pessoas encontradas, como foi feita a abordagem das pessoas, a passagem do questionário, que documentos foram distribuídos.

b] sobre a SIDA, as hepatites, os riscos que se correm: conhecimentos, desinformação ou pressupostos errados das pessoas contactadas, informações e mensagens de prevenção transmitidas pelo mediador de confiança, distribuição de documentos e meios de prevenção.

c] apresentação pelos mediadores de confiança do seu trabalho aos animadores, aos outros mediadores de confiança e aos candidatos para a operação seguinte. Cada um relata pelo menos uma situação que tenha acontecido em grupo.

Procedimentos operacionais

Durante a última sessão, procedemos a uma avaliação do trabalho realizado pelos mediadores no terreno. Esta avaliação desenrola-se em dois momentos, um individual e um colectivo.

Esta etapa é para nós essencial porque permite pôr em evidência ao mesmo tempo:

- as dificuldades dos mediadores de confiança no seu trabalho e a maneira como lidaram com elas;
- o perfil e as práticas dos utilizadores encontrados;
- o que ajudou ou dificultou a operação Bola-de-Neve;
- os elementos do contexto que não conhecíamos e que devemos ter em conta no futuro.

Quando a operação tem uma componente de “formação de interventores”, que assistiram como observadores durante as sessões, a avaliação também compreende uma retribuição ao grupo das suas percepções, observações e conclusões.

O pagamento dos mediadores de confiança é feito no fim da avaliação individual.

A avaliação colectiva³⁵

O primeiro momento de avaliação apoia-se na dinâmica de grupo que foi criada. O grupo que se constitui na Bola-de-Neve incorpora os contributos e as experiências de cada um e mostra, no fim de contas, o que foi a Bola-de-Neve durante as 5 ou 6 semanas findas.

A partilha de experiências, de situações, de recordações, de conhecimentos sobre a SIDA e a hepatite desenvolve pouco a pouco uma coerência no grupo, um viver comum, um tempo onde se pode falar sem medo de se ser julgado ou, por vezes, aceitar ser-se julgado.

É um momento em que se escreve o livro das recordações comuns e do prazer partilhado, antes da separação e do regresso às suas vidas.

Pode ser a ocasião para alguns de fazer novas propostas, de terem o desejo de manter a ligação, de retomar o curso da sua vida de um modo diferente.

Este desejo de se querer outra coisa pode ser expresso de diversas maneiras:

- um grupo de antigos mediadores de confiança decidiu trabalhar na realização de uma organização sobre a redução dos riscos;
- outros participaram num projecto de um grupo dos “*media*” que seguia a actualidade “drogas” na imprensa e analisava a maneira como a informação era aí tratada;

- outros ainda começaram a participar nas reuniões comunitárias organizadas todas as quintas-feiras pela instituição que acolhe a operação;
- no plano individual, alguns podem decidir juntar-se a um grupo de auto-ajuda, tentar conseguir um tratamento com metadona ou continuar como se nada tivesse acontecido, mas correndo menos riscos.

É preciso no entanto ter presente no espírito que a Bola-de-Neve não tem intenções “redentoras”: a atitude e as conclusões pessoais dos mediadores de confiança têm todo o seu valor e são respeitadas como tal, o que já é um grande benefício para alguns deles.

>>>

³⁵ *Os parágrafos consagrados à avaliação individual e colectiva inspiram-se largamente na contribuição de Valérie Foucart e Dominique Theys no relatório de actividades 96/97. Aqui lhes agradecemos.*

>>> A avaliação individual

Esta avaliação é feita em duas vertentes: uma vertente que se centra na forma como o contrato foi cumprido, e uma outra mais empática onde é essencial escutar os mediadores de confiança, o que eles sentiram e experienciaram.

No primeiro caso, os animadores devem avaliar se o mediador de confiança cumpriu as suas missões:

- o trabalho foi bem realizado (perante 15 questionários preenchidos, foram efectuados 15 contactos e 15 discussões?);
- o trabalho foi bem desempenhado (o mediador de confiança teve a ocasião falar na prevenção da SIDA e das hepatites, como estipulado no contrato, ou em vez disso centrou-se na prevenção da droga e na metadona, assunto inesgotável para os utilizadores de drogas?);
- o trabalho foi bem compreendido (o mediador de confiança interiorizou o projecto e o efeito Bola-de-Neve?).

Este início de avaliação demonstra também aos mediadores de confiança que o seu trabalho foi levado a sério e que as tarefas que eles empreenderam foram valorizadas.

É essencial concluir de forma positiva o trabalho que foi realizado e a sua colaboração no projecto, bem como mostrar que estamos conscientes das dificuldades que eles encontraram ao longo de todo o processo.

Finalmente, é fundamental ter em conta a opinião e as sugestões dos mediadores de confiança sobre o conteúdo das reuniões. Isto será particularmente útil quando apresentarmos mais tarde a operação a novos candidatos a mediador de confiança ou quando os mediadores de confiança encontrarem os seus pares: explicar que a sua opinião foi importante e que foi levada em conta (modificando, por exemplo, as horas de abertura dos balcões de troca de seringas,...) é um elemento chave da prevenção participativa. É o que dá à prevenção um sentido e um valor para todos os UD, mediadores de confiança e pessoas encontradas.

Notar-se-á que alguns ficam desconcertados por este encontro que denominamos como “avaliação individual”. Eles não se sentem à vontade com a atenção que lhes é dada. Este fenómeno é muito frequente (1 ou 2 mediadores de confiança por grupo) e torna-se claro neste momento quem são aqueles que se escondem por detrás das palavras dos outros. Por vezes o encontro consegue estimular a sua reflexão, suscitando então algumas questões, como:

“Para a próxima operação, vou tentar pensar naquela ou nesta questão que me colocou”.

Em alguns casos no entanto, a mudança não acontece, mas talvez se dê noutra dia, numa outra actividade...?

No grupo, todos falam, escutam, moderam a comunicação ou se sentem furiosos... Alguns aplicam-se, outros observam, mas o grupo gira como um todo coerente em si mesmo. Pouco a pouco tece-se um fio transparente que liga uns aos outros... um fio de amizade, de diferença, de rejeição ou de ódio, mas de qualquer maneira um fio... Uns cortam-no facilmente depois de 6 reuniões, outros terão mais dificuldades. E se este fio era para alguns a emergência de um fio condutor, de um fio de vida, uma espécie de coerência, de projecto ou de perspectiva...? Alguns têm a sorte e a possibilidade de visualizar este fio, de o descrever e de falar aquando da avaliação individual:

“É pena que isto acabe, porque era um grupo porreiro”;

“Podíamos voltar a encontrar-nos entre mediadores de confiança”;

“E agora acabou...”

Alguns sentem a necessidade de algum tempo para se despedir. É preciso então que o animador crie um espaço onde se pode fazer a diferença entre o “até à próxima” que permite uma separação sem rupturas do laço e o “adeus” dominado pela emoção e a procura da manutenção de uma relação fusional.

Acontece, por vezes, que um mediador de confiança pergunta a um animador se ele é psicólogo ou se faz consultas em algum lugar,... É preciso saber acolher esta questão sem lhe dar muito importância, porque, em vez de se criar um espaço e tempo diferentes, envolve-se o mediador de confiança num movimento de divagação indiferenciada que ele não conhece muito bem.

Os mediadores de confiança que voltam uma segunda vez reflectiram muitas vezes neste encontro e já o prepararam com antecedência. A avaliação então já é menos dirigida e abre lugar ao diálogo. O mediador de confiança toma muitas vezes como referência a sua primeira entrevista individual. Espontaneamente, ele sublinha e completa os pontos que tinham sido abordados:

“Da outra vez, pediu-me uma coisa e eu pensei e...”;

“Há qualquer coisa que eu lhe queria dizer...”;

“Para a avaliação, eu tomei algumas notas, eu vou ler-lhas...”.

Muitas vezes, esta avaliação é viva, dinâmica e pertinente: o mediador de confiança apoia-se na sua experiência e com mais distância do que na primeira vez. >>>

>>> **Transmissão das impressões dos observadores ao grupo**

Esta sessão é organizada quando a operação Bola-de-Neve se inscreve numa parceria institucional, como evocado anteriormente.

Esta reunião não está prevista no contrato, trata-se de um encontro facultativo, que deixa lugar ao desejo ou à curiosidade dos mediadores de confiança em relação aos observadores. Eles vêm ao encontro voluntariamente. Parece-nos importante que num programa preventivo participativo que implica uma remuneração se deixe lugar à gratuidade, ao que se faz por si ou por outro para além do dinheiro.

Os mediadores de confiança não se desiludem; por vezes dizem, no fim da avaliação, *“sabe, foi giro, esta coisa, se fizer mais algumas aqui, eu estou pronto para vir, mesmo de graça...”*

Para os observadores, é o momento de falar de tudo aquilo que eles observaram e ouviram durante todas as reuniões mas que tiveram que “conter” para não intervir. Eles falam do que aprenderam, do que os surpreendeu, do que não compreenderam ou do que retiraram para o seu trabalho.

Para os mediadores de confiança, é a ocasião de ouvir os profissionais falar em seu nome, e não somente como organizadores, e de responder em seguida às suas questões, de reagir aos seus comentários ou de lhes fazer sugestões. É dada assim a ocasião de se reaproximarem do que se passou com ou na presença dos observadores durante estas semanas.

É um momento muito enriquecedor, tanto em termos de conteúdo como no plano relacional. Exemplos:

uma observadora: *“ao princípio sentia-me frustrada de não poder participar na discussão, mas ao mesmo tempo, eu comecei a ver os UD num quadro diferente do das consultas. E depois encontramos-nos lá fora num momento de pausa, para fumar um cigarro, tratamo-nos por tu e chamamo-nos pelo nome... Parece-me difícil retomar o meu trabalho como se nada se tivesse passado, tratando as pessoas por você, tornamo-nos (muito) distantes, mas ao mesmo tempo já não sei como me situar, vou precisar de tempo para assimilar esta experiência.”*

um mediador de confiança: *“eu fiquei muito surpreso com tudo aquilo que os observadores disseram hoje, e também pelo encontro com eles durante todas as reuniões. Éramos mais iguais. E ainda descobri aqui o educador da rua onde eu passo todos os dias sem nunca lhe ter dirigido a palavra. Agora, sei que se eu precisar de alguma coisa, posso procurá-lo sem problemas, é uma outra pessoa para mim agora.”*

Perante a leitura destes testemunhos compreendemos que este dispositivo permite uma modificação substancial das representações sociais dos utilizadores e dos profissionais, o que constitui uma etapa indispensável para as práticas de cada um e para que as relações entre eles possam evoluir.

IV. RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

4.a. A elaboração do questionário: objectivos e limites

A função do questionário

O questionário constitui antes de tudo uma ajuda para o mediador de confiança, uma ferramenta destinada a facilitar o encontro, o diálogo com o outro.

É prioritariamente:

- uma ferramenta que facilita o contacto com os “pares”;
- um guia que permite ao mediador de confiança não esquecer uma parte da prevenção ou da mensagem a transmitir;
- uma ferramenta de avaliação da operação;
- uma ferramenta de recolha de informações sobre o público-alvo.

As características do questionário

O questionário deve ser curto:

Um questionário demasiado longo corre o risco de se desviar do objectivo de uma operação de sensibilização ou de prevenção para se tornar um inquérito do tipo sociológico, até de sondagem de opinião. Pode levar a uma taxa importante de não-respostas e será depois difícil de explorar.

O questionário deve ter apenas perguntas sobre as informações que possam ser directas e rapidamente utilizáveis:

Uma informação útil é uma informação à qual podemos ligar uma acção, uma intervenção que se possa executar. É preciso também evitar querer-se saber tudo imediatamente. Algumas questões podem ser abordadas depois numa operação posterior.

O questionário deve ter um alvo:

Não podemos cobrir todos os aspectos do consumo de drogas e dos riscos a que está ligado através de um questionário em que o objectivo principal não é a investigação. Como já foi mencionado acima, não é razoável abordar durante uma mesma operação a tuberculose, as hepatites, a sida, e as overdoses. É preciso direccionar o questionário em função dos objectivos que fixamos para a operação.

>>>

>>> *O questionário deve ser dinâmico:*

De uma operação para a outra, o questionário vai sendo ligeiramente modificado, em função dos objectivos fixados, em função de uma informação que falta ou ainda em função dos comentários dos mediadores de confiança sobre a prática do questionário no terreno.

O questionário deve ter unicamente perguntas simples, de compreensão fácil e sem ambiguidades:

Às vezes é apenas aquando do pré-teste de um questionário que nos damos conta da má formulação de uma pergunta. Esta fase é muito importante para a utilização óptima do questionário.

Questões abertas / questões fechadas:

O questionário pode ter um certo número de questões abertas. Estas são por vezes muito informativas, mas implicam uma análise mais longa. Se visarmos uma análise dos questionários e de todas as respostas, é melhor limitar o número de questões abertas. Estas questões têm no entanto um duplo interesse: elas permitem às pessoas encontradas exprimirem livremente a sua opinião e aos responsáveis da operação ensinar coisas úteis, que não estão directamente associadas às questões fechadas.

A composição do questionário

A título de exemplo, o questionário utilizado dentro do quadro do projecto Euro-Bola-de-Neve está anexado no fim deste capítulo. Este questionário não deveria ser reproduzido tal como está: ele tornou-se muito pesado, depois de se ter permitido a todos os parceiros a inclusão das questões que os preocupavam.

Questões:

- Questões sobre os eventuais contactos anteriores com a operação (utilização das respostas na avaliação).
- Questões sobre os aspectos sócio-demográficos: permitem situar as pessoas que foram abordadas pela operação (idade, sexo, nacionalidade, nível de educação, emprego).
- Questões sobre os utilizadores de drogas: idade em que começaram, formas de consumo, substâncias consumidas, tratamentos de substituição.
- Questões sobre os riscos: ligados aos consumos (ex. uso do material de injeção), às práticas sexuais (ex. rastreio da SIDA ou hepatites efectuadas), etc.
- Questões sobre os conhecimentos: conhecimentos dos modos de transmissão da sida ou das hepatites, por exemplo.
- Questões sobre os serviços: centros de rastreio, locais de troca de seringas, centros de tratamento.

Notas:

Pode ser útil inserir entre as perguntas do questionário algumas notas destinadas a lembrar aos mediadores de confiança as mensagens a discutir, os documentos a entregar, etc.

O pré-teste do questionário e a formação dos mediadores de confiança

Durante as sessões de formação, é importante trabalhar o questionário com os mediadores de confiança de maneira a assegurar a boa compreensão das questões e reformular eventualmente algumas

questões. O objectivo da operação não é o de realizar um inquérito; esta sessão de formação será o pré-teste. É preciso fazer uma revisão do questionário, questão por questão, e assegurar, para cada uma delas, a clareza dos títulos.

Além disso, devíamos idealmente redigir um guia para o mediador de confiança, pegar em cada pergunta e explicá-la. Este guia baseia-se nas discussões que são desenroladas em torno do questionário durante a sessão de formação. Na falta de um guia, uma curta nota, tal como a anexada no fim do capítulo (ver Anexo) pode ser útil ao mediador de confiança.

4.b. Análise dos questionários

Visto o número importante de questionários e de questões, uma análise manual é muito pesada e superficial.

Nós recomendamos então a codificação e análise dos questionários com a ajuda da Epi-Info ou do SPSS-PC.

A análise dos dados recolhidos permite:

- Identificar certos problemas e orientar uma ou mais operações futuras a fim de responder a este problema específico. Exemplo: a identificação de grupos de população que correm mais riscos entre as pessoas encontradas, a identificação de lacunas importantes nos conhecimentos dos utilizadores, a emergência de um novo problema ainda não identificado.
- Definir exactamente as características da população atingida e compará-las com os objectivos que anteriormente fixados.
- Numa medida menor, estimar o impacto das operações (objectivo de avaliação).

V. AS PARCERIAS

5.a. Notas preliminares

As parcerias podem ter dois objectivos diferentes:

- Ou se organizam operações baseadas em parcerias com as instituições de cuidados médicos partindo do postulado que mesmo os utilizadores mais velhos e mais inseridos nestas estruturas não têm acesso à informação. Pode-se também sensibilizar estes parceiros à redução dos riscos, esperando que eles possam integrar a prevenção na sua prática.
- Ou se organizam operações baseadas em parcerias com as instituições com um baixo nível de exigência, não necessariamente orientadas para a toxicodpendência, para entrar em contacto com os mais jovens, os menos “inseridos” ou os menos informados.

A partir do momento em que os parceiros são implicados na fase do recrutamento, arriscamo-nos a negligenciar o recrutamento dos utilizadores “de rua” (que são a nossa prioridade) para **nos virarmos para mediadores de confiança recrutados no seio das instituições, quer dizer por vezes mais velhos, maioritariamente do sexo masculino e mais “inseridos” que os utilizadores “de rua”. É aí que reside o grande perigo das parcerias.**

Para se poder sensibilizar sub-grupos mais expostos, é indispensável que os parceiros de muito baixo nível estejam associados à operação (até às equipas de rua).

5.b. Institucional = conflitual?

Estabelecer parcerias institucionais não é fácil: surgem muitas vezes mal-entendidos e tensões entre instituições. A operação Bola-de-Neve não foge à regra. Estes mal-entendidos vêm em grande parte da falta de clareza nos termos da parceria proposta que, na altura, suscitam expectativas diferentes e até opostas, em relação àquelas a parceria não pode responder de maneira satisfatória.

Com decorrer do tempo e o aumento da experiência, a nossa concepção e as nossas expectativas evoluíram, da mesma maneira que a nossa oferta de serviços. É por isso, que sem pretender conseguir eliminar toda a fonte de conflitos, estruturou-se uma nova forma de as definir, tendo em vista melhorar não somente as colaborações, mas também e sobretudo, torná-las mais produtivas e mais frutuosas em relação ao objectivo da promoção da redução dos riscos junto dos utilizadores e dos organizadores.

Nas linhas que se seguem, propomos um quadro de referência a negociar caso a caso em função do contexto e dos parceiros potenciais.

5.c. Objectivos das parcerias

É necessário fazer operações “Bola-de-Neve” em parceria com outras instituições ou com outros profissionais por (pelo menos) três razões.

- para espalhar as operações a outros grupos ou sub-grupos de utilizadores que ainda não foram sensibilizados até ao momento e que, para além do facto da sua situação de exclusão económica, social e/ou cultural, seriam ainda mais expostos – no termo alargado – aos riscos ligados ao uso de drogas. Trata-se aqui de vigiar a renovação dos mediadores de confiança (que contactam essencialmente pessoas próximas de si) e ao melhoramento da cobertura geográfica e humana da operação.
- para adquirir, através destas novas operações, um melhor conhecimento das condições ligadas ao uso de drogas e aos riscos que se correm nestes sub-grupos de utilizadores, de recursos disponíveis no seu ambiente imediato, e para definir as estratégias ou o material mais apropriado.
- para sensibilizar as diferentes categorias de intervenientes que trabalham em contacto com os utilizadores para que eles integrem nas suas práticas uma filosofia de redução dos riscos adaptada à sua situação, à sua prática e às necessidades das pessoas que eles encontram.

5.d. Modalidades das parcerias

É preciso poder distinguir o contributo de cada instituição numa futura parceria e os benefícios que dela pode retirar. A parceria deve ser concebida na base de uma troca de serviços: os parceiros facilitam o acesso a um terreno, a uma experiência (o seu conhecimento e o seu saber-fazer) e a um público que os organizadores da Bola-de-Neve não conhecem, ou com um público que eles não estão em contacto. Em troca, a Bola-de-Neve pode oferecer uma formação participativa em Redução dos Riscos e uma escuta “transversal”, não especializada, dos utilizadores.

Podem ser experimentadas diferentes modalidades de colaboração: ou a instituição parceira deseja participar na operação favorecendo o recrutamento dos mediadores de confiança, ou propõe que as reuniões com os mediadores de confiança sejam nas suas instalações, ou pretende ainda adquirir um certo saber-fazer e desenvolver em seguida as suas próprias actividades.

Em todos os casos, nós respeitamos o pedido e os limites da instituição, já que não procuramos “converter” os utilizadores de drogas nem mudar ou transformar as instituições. É portanto muito importante aceitar uma colaboração limitada, em que cada um permaneça no caminho que definiu e não alimentar expectativas exageradas a seu respeito. O que conta é que possamos estar de acordo nos termos da parceria e que cada um se sinta à vontade no projecto.

No fim desta experiência comum, há sempre efeitos positivos de *feed-back*, mesmo alguns meses depois.

- Concretamente, a operação realizada será apresentada sob forma de um relatório de actividades comum, completado com a análise de dados recolhidos e de uma análise mais qualitativa, do tipo etno-antropológico;
- Enfim, esta parceria permitirá enriquecer as práticas institucionais ou profissionais respectivas: a um melhor conhecimento recíproco dos actores implicados juntam-se novas ideias ou pistas de trabalho que cada um reapropria e integra em função da sua prática, de (novas) necessidades e de (novos) recursos identificados. Em tal circunstância, e se isso se justificar em relação aos objectivos e em relação aos meios de trabalho respectivos, uma nova operação “Bola-de-Neve” pode ser organizada conjuntamente. Senão, cada qual retoma o seu caminho, enriquecido pelas trocas que foram operadas durante a actividade comum.

5.e. Organização

Nesta perspectiva, pode conceber-se uma organização de parcerias da seguinte forma:

- Os responsáveis locais constituem, sob a alçada de um coordenador, uma espécie de Grupo de Formação Partilhada, composto por observadores provenientes de diferentes equipas ou de diferentes formações. Um mínimo de duas equipas, ou de profissionais provenientes de dois locais diferentes, é desejável para que as trocas possam ser estabelecidas entre eles. No entanto, devemos vigiar para que não haja exagero, senão há mais observadores do que mediadores de confiança, estes últimos devem ficar maioritariamente neste grupo.
- Estes observadores podem trocar com outros membros do grupo o seu conhecimento prático no terreno, a sua experiência específica, as suas questões sobre a prevenção do SIDA, das hepatites e das condutas de risco. Em troca, eles participam nos preparativos da operação que se fará numa das instituições ou nos seus arredores³⁶ e eles assistem como observadores a todas as sessões com os mediadores de confiança.
- No fim da operação, são convidados a apresentar ao grupo dos mediadores de confiança as suas reflexões e as questões suscitadas pela sua observação, o que lhes permite dar um *feed-back* ao grupo e receber um *feed-back* depois das suas próprias intervenções.
- Uma sessão final reúne o Grupo de Formação de Partilha, durante a qual se faz a avaliação do processo de formação, onde serão discutidas, se for o caso, novas colaborações.

³⁶ *Precisa-se "nos arredores" porque no passado, vimos que em alguns casos, contrariamente ao que havíamos imaginado no princípio, o recrutamento dos mediadores de confiança a partir de um centro trouxe-nos pessoas que não estavam a cargo desse centro.*

VI. AVALIAÇÃO DO PROJECTO

6.a. Notas preliminares

A avaliação do projecto comporta diferentes níveis e diferentes tipos de avaliação:

O plano qualitativo contempla:

- a avaliação individual e colectiva dos mediadores de confiança (ver III.F);
- a avaliação das formações;
- a avaliação do partenariado.

O plano quantitativo contempla:

- a avaliação da operação em termos operacionais;
- a avaliação de operação em termos de impacto.

A síntese destes diferentes compostos constitui a avaliação global do projecto. Esta avaliação liga-se aos objectivos já definidos no princípio.

6.b. Avaliação da operação

A avaliação da operação “Bola-de-Neve” comporta três níveis:

- 1] avaliação colectiva e individual dos mediadores de confiança (qualitativa) – ver capítulo III.F;
- 2] avaliação operacional (quantitativa);
- 3] avaliação de impacto (quantitativa).

Avaliação operacional

Esta avaliação pode trazer diferentes critérios, ou indicadores de tipo operacional em função dos objectivos já definidos. Estes indicadores são, por exemplo:

Relativos às pessoas contactadas:

- o número de utilizadores de drogas por via intravenosa (UDI) contactados;
- o número ou proporção de mulheres UDI contactadas;

- o número ou proporção de UDI com menos de 20 anos contactados;
- o número ou proporção de UDI ou de UD de origem xxxx contactados;
- o número de utilizadores de “crack” contactados;
- o número de pessoas que pertencem ao meio da prostituição, do espectáculo, estudantes, etc.;
- o número de utilizadores sem domicílio fixo contactados.

São os objectivos já definidos antes do início da operação que permitem definir estes indicadores. É a análise dos questionários que permitirá com facilidade recolher estas informações.

- o número de mediadores de confiança recrutados;
- as características sócio-demográficas dos mediadores de confiança.

É interessante desdobrar a “árvore” de contactos do mediador de confiança e de comparar os dados sócio-demográficos de cada mediador às pessoas que ele contactou. Este exercício permite analisar a adequação do recrutamento dos mediadores de confiança, em função dos objectivos que fixamos, e identificar eventuais problemas de contactos ligados às características sócio-demográficas mesmo dos mediadores de confiança.

Com esta finalidade, pode ser desenvolvido um organigrama por cada operação (ver Anexo no fim do capítulo).

Avaliação do impacto

A avaliação do impacto é muito mais difícil e até impossível dentro dos limites metodológicos e meios de uma operação Bola-de-Neve. A análise dos questionários recolhidos durante as operações sucessivas fornece uma análise limitada do impacto das operações.

Se no questionário foi prevista a questão sobre a existência de contactos anteriores com Bola-de-Neve, é possível comparar, em função deste factor, as respostas às questões sobre:

- as atitudes em relação à partilha de material;
- as atitudes em relação aos riscos sexuais que correm;
- os níveis de conhecimentos sobre a transmissão do SIDA (ou hepatites...);
- o conhecimento de serviços em que a informação é difundida via operações;

Esta análise deve no entanto ser efectuada com muita prudência por três razões principais:

- Em primeiro lugar, as respostas às questões sobre os riscos que correm informam sobre as suas atitudes (ou comportamentos relatados) e não sobre comportamentos reais.
- Em seguida, não se pode esperar que um só contacto com uma informação seja susceptível de induzir modificações de comportamentos importantes. Os conhecimentos podem ser melhorados, e mesmo as atitudes podem ser ligeiramente modificadas, mas é muito raro que uma mudança de comportamento se produza quando se recebe uma só vez a informação. Pelo contrário, pode ser observado o impacto no que diz respeito ao recurso a serviços oferecidos no terreno, por exemplo o recurso aos serviços de troca de seringas durante ou depois de uma operação. Trata-se de um indicador interessante, que implica uma colaboração com os serviços.
- Por fim, não é possível definir a parte atribuída à Bola-de-Neve numa mudança observada em termos de conhecimentos ou atitudes, pois os utilizadores podem estar expostos a outras fontes de informação.

BOLA DE NEVE – PASSO A PASSO: LISTAGEM

Fase preparatória

- Definir os objectivos quantitativos e qualitativos da operação.
- Identificar os diferentes parceiros da operação (poderes públicos, sector associativo, etc.) e assinalar a que nível a sua intervenção se situa (financiamento, concepção do projecto, realização do projecto, etc.).
- Contactar as autoridades locais (Polícia, Ministério, etc.) e informá-los da preparação da Bola-de-Neve.
- Assegurar a cooperação dos diferentes organizadores e repartir as tarefas segundo as suas competências. Concretamente, definir bem “quem faz o quê” (Quem apresenta o contrato aos candidatos a mediadores de confiança? Quem anima as sessões de informações médicas? etc.).
- No fim de cada reunião preparatória, o responsável de Bola de Neve deve ordenar as decisões que foram tomadas, as tarefas a executar com os colegas, como também com as pessoas encarregadas da sua realização.
- Designar em cada equipa uma pessoa responsável pela comunicação que deverá verificar se recebe a informação prometida ou necessária, assegurar a implementação das decisões que foram adoptadas e difundi-las junto dos seus colegas e junto de outros parceiros. É um papel importante para evitar mal-entendidos e contratemplos.
- Preparar o questionário.
- Recolher e seleccionar os diferentes documentos a distribuir.
- Preparar os contratos com os mediadores de confiança.

Recrutamento

- Delimitar a zona geográfica.
- Delimitar um grupo ou sub-grupo de utilizadores segundo um dos critérios precisos: social ou outros.
- Desenvolver métodos específicos de recrutamento: “publicidade” nos meios frequentados pelos utilizadores, contrato de “apadrinhamento” com um mediador de confiança recrutador, etc.
- Conhecer individualmente os candidatos a participar e discutir com eles a sua entrada eventual na operação (motivações pessoais, constrangimentos “de grupo” como a pontualidade ou a assiduidade, etc.).

>>> **Formação**

- Organizar a primeira sessão na qual se define o enquadramento da Bola de Neve, se apresenta o contrato, responde às questões e fixa o calendário das sessões posteriores.
- Definir a lista definitiva dos participantes (isto quer dizer quem assinou o contrato no fim da sessão de apresentação ou aqueles que se comprometeram a fazê-lo) e entregar-lhes os documentos oficiais que declaram a sua participação num programa de Saúde Pública.

Sessões posteriores

- Na sessão seguinte, suscitar um debate sobre o objectivo da prevenção e do papel de cada um. Para se fazer isso, começar por apresentar uma primeira informação sobre SIDA e hepatites no mundo e no país. A partir daí, deixar lugar para a discussão, substituindo eventualmente por outros temas (cf. Bola de Neve – Passo a passo, p.21).
- Preparar as sessões posteriores consagradas às informações médicas: seleccionar informações seguras e consensuais; elaborar uma pedagogia adequada (prever o material necessário). Pode ser distribuído um resumo da apresentação aos mediadores de confiança no final das sessões, para que eles possam reler as informações à sua vontade.
- Organizar sessões de informações médicas. Durante estas, valorizar a troca de informações e a interactividade. Assegurar que o moderador ocupa uma posição central e faz a ligação entre o saber (científico) e a experiência dos utilizadores.
- Organizar as sessões de role-playing e o trabalho sobre o questionário. Começar por apresentar o questionário e submetê-lo a discussão. Organizar o role-playing. A partir da experiência dos jogos, imaginar estratégias que permitem aos mediadores de confiança uma melhor abordagem do “terreno”.
- Entregar aos mediadores de confiança material de que irão necessitar (questionário, brochuras de informação, canetas, etc.).

Fase do terreno

- Antes de começar a fase de terreno propriamente dita, assegurar aos mediadores de confiança a disponibilidade dos organizadores caso sintam essa necessidade. Durante a fase do terreno, assegurar que esta disponibilidade seja real e estar sempre pronto a responder a eventuais pedidos dos mediadores de confiança.

Sessões de avaliação

- Verificar que cada um tenha a ocasião de falar quando é feita a avaliação colectiva. Remunerar os mediadores de confiança.
- Aquando da avaliação individual dos mediadores de confiança, avaliar o trabalho feito e estar atento à escuta dos seus sentimentos.
- Analisar os questionários recolhidos.

E U R O

BOULE DE NEIGE



Anexos

8. JÁ ESTEVE INSERIDO EM TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO
PRESCRITO POR UM MÉDICO? SIM: NÃO:

SE SIM, ACTUALMENTE ESTÁ INSERIDO NUM TRATAMENTO DE

8.1. METADONA: SIM: NÃO:

8.2. SUBUTEX: SIM: NÃO:

8.3. OUTRO: (ESPECIFICAR)

9. JÁ INJECTOU DROGAS? SIM: NÃO:

9.1. SE SIM, QUE IDADE TINHA QUANDO O FEZ PELA PRIMEIRA VEZ? anos

10. NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, CONSUMIU:

	FUMADA, INALADA OU ORALMENTE	INJECTADA
10.1 HEROÍNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 COCAÍNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 METADONA ILEGAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4 ANFETAMINAS OU SPEEDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5 LSD, ÁCIDOS, PCP, PÓ DE ANJO, OUTROS ALUCINOGÉNEOS, COGUMELOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6 CRACK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7 ECSTASY, XTC OU MDMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.8 BUPREX, SUBUTEX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.9 BARBITÚRICOS (VESPERAX, BINOCTAL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.10 MORFINA (MST, PALFIUM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.11 BENZODIAZEPINAS (VALIUM, TRANXENE, ROHYPNOL, LEXOTAN, LORENIN...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.12 ARTANE, PROZAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.13 CANNABIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.14 TABACO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.15 ÁLCOOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.16 OUTROS (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. UTILIZOU UMA SERINGA EMPRESTADA
AINDA QUE UMA ÚNICA VEZ NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?
- 11.1. DE OUTRA PESSOA: SIM: NÃO:
- 11.2. ENCONTRADA NA RUA: SIM: NÃO:
12. EMPRESTOU UMA SERINGA AINDA QUE UMA ÚNICA VEZ NOS ÚLTIMOS 6 MESES?
SIM: NÃO:
13. PEDIU EMPRESTADO MATERIAL DE INJEÇÃO (“CALDO”, COLHER, FILTROS...)
AINDA QUE UMA ÚNICA VEZ NOS ÚLTIMOS SEIS MESES? SIM: NÃO:
14. EMPRESTOU MATERIAL DE INJEÇÃO (“CALDO”, COLHER, FILTROS...)
AINDA QUE UMA ÚNICA VEZ NOS ÚLTIMOS SEIS MESES? SIM: NÃO:

(NOTA: SE A RESPOSTA A UMA DAS PERGUNTAS 11, 12, 13 OU 14 É AFIRMATIVA, FALE SOBRE OS RISCOS DE PARTILHAR SERINGAS E MATERIAL DE INJEÇÃO)

15. DURANTE OS ÚLTIMOS SEIS MESES, TEVE:
- 15.1 NENHUM PARCEIRO SEXUAL? SIM: NÃO:
- 15.2 UM PARCEIRO SEXUAL? SIM: NÃO:
- 15.3 2 A 5 PARCEIROS SEXUAIS? SIM: NÃO:
- 15.4 6 OU MAIS PARCEIROS SEXUAIS? SIM: NÃO:
16. TEVE ALGUMA RELAÇÃO SEXUAL SEM PROTECÇÃO NOS SEIS ÚLTIMOS MESES?
SIM: NÃO:

(NOTA: FALE SOBRE OS RISCOS DE RELAÇÕES MÚLTIPLAS SEM PROTECÇÃO)

TUBERCULOSE

17. ALGUMA VEZ FEZ UM TESTE DE DESPISTAGEM DA TUBERCULOSE
DEPOIS DE SAIR DA ESCOLA? SIM: NÃO:
18. JÁ TEVE TUBERCULOSE? SIM: NÃO:

(NOTA: FALE SOBRE A TUBERCULOSE, COMO SE TRANSMITE E APRESENTE FORMAS DE DESPISTAGEM DA TUBERCULOSE)

HIV/SIDA

19. JÁ FEZ ALGUM TESTE DE DESPISTAGEM DO SIDA? SIM: NÃO:
- 19.1. SE SIM, ONDE?:
- CONSULTA MÉDICA
- HOSPITAL
- CENTRO DE DESPISTAGEM
- CENTRO DE ATENDIMENTO A TOXICODEPENDENTES
- PRISÃO
- OUTRO: (ESPECIFICAR)
- 19.2. RESULTADO: POSITIVO NEGATIVO NÃO SABE NÃO RESPONDE
20. HÁ QUANTOS MESES? (REGISTAR OS MESES EM ANOS)
- 20.1 FEZ ALGUM TRATAMENTO? SIM: NÃO:
- 20.2. SE SIM, QUAL OU QUAIS?
- MONOTERAPIA
- BITERAPIA
- TRITERAPIA
21. O HIV PODE SER TRANSMITIDO POR:
- 21.1 RAPPORTS SEXUELS ANAUX /VAGINAUX SIM: NÃO:
- 21.1 RELAÇÕES SEXUAIS ANAIS OU VAGINAIS SIM: NÃO:
- 21.2 PARTILHAR UMA BEBIDA OU UM PRATO SIM: NÃO:
- 21.3 PARTILHAR MATERIAL DE TATUAGEM OU PIERCING SIM: NÃO:
- 21.4 MÃE-BÉBÉ (DURANTE A GRAVIDEZ) SIM: NÃO:
- 21.5 PARTILHAR UM FILTRO, A COLHER SIM: NÃO:
- OU OUTRO MATERIAL PARA A INJEÇÃO
- 21.6 PARTILHAR UM CIGARRO OU UM CHARRO SIM: NÃO:
- 21.7 PARTILHAR SERINGAS UTILIZADAS SIM: NÃO:
- 21.8 BEIJO SIM: NÃO:
- 21.9 APERTO DE MÃOS SIM: NÃO:
- 21.10 PARTILHAR UM CANUDO DE INALAÇÃO SIM: NÃO:
- 21.11 SEXO ORAL SIM: NÃO:
- 21.12 SER MASTURBADO POR OUTRA PESSOA SIM: NÃO:
- 21.13 TER RELAÇÕES SEXUAIS COM ALGUÉM SIM: NÃO:
- A FAZER TRATAMENTO PARA O HIV
- 21.1(a) Sabe o que é reinfeção? SIM: NÃO:

HEPATITE

22. ALGUMA VEZ EFETOU UM TESTE DE DESPISTAGEM DE HEPATITE?

SIM: NÃO: NÃO SABE:

23. JÁ TEVE ALGUMA FORMA DE HEPATITE?

SIM: NÃO: 23.1. SE SIM, QUAL: A: B: C: D: NÃO SABE:

24. AS HEPATITES B E C PODEM TRANSMITIR-SE POR:

	SIM	NÃO	NS
24.1 RELAÇÕES SEXUAIS ANAIS OU VAGINAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.2 PARTILHAR UMA BEBIDA OU UM PRATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.3 PARTILHAR MATERIAL DE TATUAGEM OU PIERCING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.4 MÃE-BÉBÉ (DURANTE A GRAVIDEZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.5 PARTILHAR UM FILTRO, A COLHER OU OUTRO MATERIAL PARA A INJEÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.6 PARTILHAR UM CIGARRO OU UM CHARRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.7 PARTILHAR SERINGAS UTILIZADAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.8 BEIJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.9 APERTO DE MÃOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.10 PARTILHAR UM CANUDO DE INALAÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.11 SEXO ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.12 SER MASTURBADO POR OUTRA PESSOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24a. SABIA QUE A HEPATITE É TRANSMITIDA DA MESMA FORMA QUE A SIDA?

SIM: NÃO: NS: **(DAR INFORMAÇÃO E BROCHURAS SOBRE HEPATITE)****SERINGAS**

25. CONHECE ALGUNS LOCAIS DE TROCA DE SERINGAS

SIM: NÃO: VAGAMENTE: SE SIM, QUAIS? **(DAR INFORMAÇÃO SOBRE OS LOCAIS)**

ESPANHA

26. Conhece algum centro de tratamento para toxicodependentes SIM: NÃO:

Se sim, qual:

27. Já esteve em tratamento nalgum centro para toxicodependentes? SIM: NÃO:

Se sim, qual:

28. Há quanto tempo foi a última vez ao Centro?

29. Conhece algum centro onde possa comer uma refeição gratuitamente? SIM: NÃO:

30. Conhece algum centro onde possa ter preservativos gratuitamente? SIM: NÃO:

GRÉCIA

27. Sabia que pode trocar seringas no centro OKANA? SIM: NÃO:

THESSALONIKI

25. Arranja facilmente seringas novas? SIM: NÃO:

Se não, o que faz: 1 aproveita uma usada depois de a esterilizar

2 aproveita uma usada e não a esteriliza

3 pede emprestada uma seringa usada

26. O que faz às seringas depois de as usar?

27. Sabe esterilizar seringas correctamente? SIM: NÃO:

28. Se sabe, como é? _____

29. Tem alguma sugestão para o MSP? _____

30. Conhece os programas terapêuticos do hospital local? SIM: NÃO:

31. O que acha do seu trabalho e das suas propostas? _____

ANEXO 2

GUIA PARA O MEDIADOR DE CONFIANÇA DO QUESTIONÁRIO BOLA DE NEVE

1. NÃO SE ESQUEÇA QUE A SUA PRINCIPAL TAREFA É TRANSMITIR MENSAGENS SOBRE OS RISCO E **DISCUTIR O QUE SABE** ACERCA DESTES RISCOS E COMO ELES PODEM SER REDUZIDOS, NAS PESSOAS QUE ENTREVISTAR.

2. O QUESTIONÁRIO É UMA FERRAMENTA QUE:

- > AJUDA A ESTABELECEER O CONTACTO E A MANTER UM DIÁLOGO
- > AJUDA A RELEMBRAR O QUE PERGUNTAR
- > FACILITA A DISCUSSÃO SOBRE O QUE SABE DE RISCOS E DA SUA REDUÇÃO
- > FORNECE INFORMAÇÃO SOBRE OS DIFERENTES SERVIÇOS DISPONÍVEIS
- > AJUDA A DEFINIR QUEM SÃO AS PESSOAS QUE NÃO SÃO ATINGIDAS DE FORMA A PODER ASSEGURAR QUE TODA A GENTE É CONTACTADA
- > AJUDA A COMPREENDER OS RISCOS CORRIDOS DE FORMA A DESENVOLVER MENSAGENS CADA VEZ MAIS ADAPTADAS À REALIDADE

LOGO, É IMPORTANTE:

- > **Levar o tempo que for preciso a transmitir a mensagem de redução de riscos**
- > **Completar o questionário tão cuidadosamente quanto possível**

OS QUESTIONÁRIOS SÃO ANÓNIMOS: não escreva nomes.

PERGUNTE TODAS AS QUESTÕES DO QUESTIONÁRIO:

Todos os tópicos são importantes. Mais ainda, perguntas por responder tornam difícil se não impossível interpretar os resultados

SE UMA RESPOSTA NÃO É CLARA, peça o seu esclarecimento. Se não compreende a resposta, se não quer dizer nada, peça à pessoa contactada que explique a sua resposta.

AS RESPOSTAS são opcionais: por exemplo, algumas pessoas não quererão responder às perguntas sobre os resultados aos testes da hepatite e do HIV.

NÃO RESPONDA PELA PESSOA ENTREVISTADA

RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES sobre SIDA, tuberculose, hepatite, locais de troca de seringas, etc. que a pessoa lhe coloque, e se não sabe a resposta direcione a pessoa para um centro de informação através das brochuras.

ENCORAGE AS PESSOAS QUE CONTACTOU A INFORMAR
O SEU CÍRCULO DE AMIGOS E CONHECIDOS SOBRE REDUZIR RISCOS

**NÃO HESITE EM CONTACTAR O SEU ORGANIZADOR
SE TIVER O MÍNIMO PROBLEMA COM A OPERAÇÃO E OS QUESTIONÁRIOS**

O SEU ORGANIZADOR É(nome),

PODE SER CONTACTADO EM
(liste os contactos e os horários)

OPERAÇÃO BOLA-DE-NEVE

Mapa de organização

Página "mediadores de confiança"

Mediador n°	Operação
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> </div> <p>Número de identificação (ID N°) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Idade <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Sexo <input type="checkbox"/></p> <p>Nacionalidade _____</p> <p>Origem _____</p> <p>Ocupação _____</p> <p>Residência _____</p> <p>N° de pessoas contactadas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>Recrutado por: _____</p> <p>Participou numa operação anterior Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, indique para cada colaboração anterior em que o mediador participou: _____</p> <p>Local: _____</p> <p>Data: _____</p> <p>ID N° do jobiste _____</p> <p>Local: _____</p> <p>Data: _____</p> <p>ID N° do mediador _____</p>
<p>Local da operação _____</p> <p>Organizador encarregado _____</p> <p>N° total de mediadores <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>Data da operação de _____ a _____</p> <p>N° total de páginas _____</p> <p>Página n° <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>

**Tabela de organização
das pessoas entrevistadas
pelo mediador n.º: _____
(Código ID)**

Pessoas contactadas

Idade: _____ N.º
Sexo: _____ Contacto n.º
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Idade: _____ N.º
Sexo: _____ Contacto n.º
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Idade: _____ N.º
Sexo: _____ Contacto n.º
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Idade: _____ N.º
Sexo: _____ Contacto n.º
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Idade: _____ N.º
Sexo: _____ Contacto n.º
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Idade: _____
Sexo: _____
Nationalidade: _____
Ocupação: _____

Contratado
como mediador para
a próxima operação

SIM NÃO
Operação:
ID N.º: _____

SIM NÃO
Operação:
ID N.º: _____

SIM NÃO
Operação:
ID N.º: _____

SIM NÃO
Operação:
ID N.º: _____

SIM NÃO
Operação:
ID N.º: _____

Local da operação _____ Data da operação _____ de _____ a _____
Organizador encarregado _____ N.º total de páginas _____
N.º total de mediadores _____