

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APORTE ESTRATÉGICO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO HIV/AIDS: O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE

Health Education as a strategy for HIV/AIDS-targeted health practices: the role of the health-care team

Heloisa Helena da Silva Guedes¹, Auta Iselina Stephan-Souza²

*“é escutando que aprendemos a falar com
eles,
quebrando os traços impositivos
de uma comunicação,
instaurando uma relação de troca”*

Paulo Freire

RESUMO

Com o avanço no número de casos registrados de HIV/AIDS e as mudanças percebidas no perfil da população acometida, educar em saúde torna-se ferramenta fundamental, permeando as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no processo do cuidado. Na construção de uma nova visão de Educação em Saúde voltada para um cuidado integral, princípios como universalidade, preservação da autonomia, direito à informação, integralidade, dentre outros, impulsionam um fazer profissional diferenciado do tradicional, objetivando a promoção da saúde em HIV/AIDS e não apenas a prevenção da doença, numa relação dialógica entre profissional e usuário. O presente artigo tem por objetivo discutir perspectivas sobre a Educação em Saúde crítica como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS, destacando o papel da equipe neste processo, pois, na trajetória histórica da prevenção da epidemia no Brasil, seu cuidado lança mão de práticas de saúde que remontaram tanto à postura mecanicista e comportamental quanto à postura de promoção da saúde, sendo importante o debate acerca das práticas educativas em saúde que contribuam para a autonomia e qualidade de vida dos indivíduos expostos ou não à Aids.

ABSTRACT

With the present increase in the reported number of HIV/AIDS cases and the evolving profile of the affected populations, health education has reached a prominent role in health care practice. In building a new insight into Integral Health Education, principles such as universality, autonomy preservation, right to information, and integrality underlie a working practice that differs from the traditional one, aiming to promote health regarding HIV/AIDS, and not only preventing the disease, in a dialogic relationship between professional and user. We discussed the perspectives of critical Health Education as a strategy for HIV/AIDS-targeted health practices, with a highlight on team-work. The history of the epidemic prevention in Brazil shows health practices ranging from mechanistic and behavioral approaches to health promotion, there being a need to discuss health education practices that contribute to the autonomy and life quality of all people whether or not exposed to AIDS.

¹ Heloisa Helena da Silva Guedes, assistente social. Graduada na Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/FSS-UFJF (2003), especialista em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva /UFJF (2005), aluna do Programa de Mestrado em Serviço Social/FSS-UFJF (2008-2010). E-mail: formanda2002@yahoo.com.br.

² Auta Iselina Stephan-Souza, assistente social pela Universidade Federal Fluminense (1977). Mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1982), Doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1996) e pós-doutorado pelo IMS/UERJ (2002). Professora adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Promoção da Saúde. Assistência Integral à Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente.

KEY WORDS: Health Education. Acquired Immuno-deficiency Syndrome. Health Promotion. Comprehensive Health Care. Patient Care Team.

INTRODUÇÃO

No setor saúde, o ato de educar sempre esteve presente, em diferentes conjunturas e com objetivos distintos, influenciando o processo de cuidado dos indivíduos e grupos. Até as primeiras décadas do século XX, o educar em saúde primou pela adoção de bons hábitos e o disciplinamento da classe trabalhadora, que deveria ser comportada, sem “distúrbios”, capaz de fornecer uma força de trabalho saudável que respondesse às necessidades produtivas do capital então em expansão. Mais tarde, a partir da segunda metade do mesmo século, a prática de educar, orientada por uma perspectiva pedagógica, crítica e progressista, referenciada pela educação popular e nas ideias libertárias de Paulo Freire, passou a preconizar também o protagonismo do sujeito, no sentido de estimular a reflexão e a autonomia dos educandos em seu processo saúde-cuidado, conformando este cuidado enquanto sinônimo de qualidade de vida.

Neste processo histórico de mudança da concepção do cuidado e do sentido da Educação em Saúde, a Constituição de 1988 trouxe sua contribuição ao consagrar a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS constantes nas leis 8.080 e 8.142 - denominadas Leis Orgânicas da Saúde/LOS - a partir dos anos 1990 (BRASIL, 1988, 1990). Princípios como universalidade, equidade, preservação da autonomia, direito à informação, integralidade, dentre outros (BRASIL, 1990), passaram também a fortalecer o enfoque mais crítico-pedagógico da Educação em Saúde, impulsionando um fazer profissional diferenciado do tradicional. (BRASIL, 1990)

Ao longo desses pouco mais de 20 anos de SUS, pôde-se perceber a maior vinculação de práticas em saúde como consultas, exames diagnósticos, vacinações, internações, prescrição de medicação, dentre outras, com práticas educativas em saúde com objetivo de promoção da saúde e não apenas prevenção de doenças. Vários foram e são, atualmente, os programas que envolvem a Educação em Saúde e, dentre eles, situa-se o Programa Nacional de DST/AIDS.

No que concerne ao cuidado em HIV/AIDS, o Brasil passou a lançar mão de práticas de saúde para combate ao vírus que remontaram tanto à postura mecanicista/comportamental, quanto à postura de promoção da saúde. Na

realidade brasileira, estas duas posturas ficaram explicitamente evidentes em toda trajetória por que passou e passa a política de prevenção em HIV/AIDS:

- *A partir de 1980 até 1985*, quando do surgimento dos primeiros casos e planejamento e execução das primeiras ações de controle, as práticas preventivas em saúde eram incipientes, materializando-se em palestras, panfletagem e reportagens disseminadas pela mídia. Além disso, tais práticas desenvolvidas nos serviços públicos utilizavam-se da mesma abordagem disponibilizada ao portador de hanseníase, muito relacionadas à semelhança que essas patologias apresentavam, especialmente, no que dizia respeito ao estigma e à discriminação. O que se preconizava era a assistência médica, não havendo um plano sistemático de prevenção envolvendo outras áreas que não a saúde, como a de Educação e a do Trabalho (SODELLI, 1999).
- *De 1985 a 1990*, estabeleceu-se uma abordagem pragmática e mais técnica da epidemia, com práticas preventivas, através do repasse de informação, por meio de aulas teóricas, palestras e distribuições de panfletos informativos. Neste momento, apesar do pragmatismo, começava a despontar um conhecimento teórico mais sólido sobre a virologia e epidemiologia da AIDS (SODELLI, 1999). Este conhecimento consubstanciou as normas técnicas presentes no Programa Nacional de DST e Aids. Também neste período e nos posteriores, a conduta dos programas estaduais no que diz respeito à defesa dos direitos dos portadores do HIV/AIDS - ao menos perante a legislação - instituiu normas de saúde pública pautadas no respeito ao anonimato do portador e de seu parceiro.
- *A partir dos anos 1990*, com a ofensiva neoliberal e a política contencionista do governo Collor, houve um retrocesso na condução das práticas cunhadas pelo Programa Nacional de DST e Aids. Neste momento, a inércia do Estado frente à Aids provocou a desestruturação do Programa Nacional, desencadeando a fragilização da vigilância sanitária, o intercâmbio entre os estados, ONGs e outras instituições interessadas no cuidado em Aids. Com o slogan “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”, as práticas difundidas acarretavam desolação aos portadores porque a “Aids o pegou” e, aos não portadores, pretendia incutir condutas seguras através

do sentimento de pânico, pois a Aids, afirmavam os anúncios divulgados, “a Aids mata” (SODELLI, 1999). Apesar de as informações carregadas de juízo de valor terem contribuído para o incremento das visões preconceituosas em relação à Aids e seu portador, além de aumentar o medo e não o conhecimento popular sobre as reais causas e formas de cuidado, não colaborando, conseqüentemente, para o declínio da transmissão, os anos 1990 também foram marcados pela distribuição gratuita de medicamentos contra o HIV: primeiro o AZT e, mais tarde, a oferta do coquetel.

- *De 1992 até os anos 2000*, houve a reformulação e aperfeiçoamento das ações contempladas no Programa Nacional de DST/AIDS. No sentido de recuperar e fortalecer as ações na luta contra a Aids, ganhou espaço, na arena política, a parceria entre o Programa Nacional e o Banco Mundial, transformando o Programa no financiador majoritário das frentes de trabalho desenvolvidas em todo território brasileiro. Neste período, as práticas de saúde passaram a preconizar a prevenção à Aids, a redução de danos, as campanhas de estímulo ao uso do preservativo masculino e feminino, os grupos de adesão ao tratamento, o aperfeiçoamento dos testes para detecção mais precisa do vírus, o acompanhamento mais rigoroso do pré-natal, dentre outras.

- *Dos anos 2000 até a atualidade*, ocorreram avanços significativos como: a introdução de novas drogas ao coquetel; a quebra de patente de medicamentos antirretrovirais, passando a produção a ser realizada pelo Farmanguinhos (Instituto de Tecnologia de Fármacos), ligado à Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), no caso do Efavirenz; a possibilidade da produção de medicamentos genéricos do Tenofovir; investimento no “Saúde e Prevenção nas Escolas”, projeto dos Ministérios da Saúde e da Educação, que conta com o apoio da UNESCO e da UNICEF; dentre outros.

A Educação em Saúde tem, no Programa Nacional DST/AIDS e em outros, papel relevante na promoção da saúde, ao buscar desencadear um processo de cuidado voltado para a resolução conjunta dos problemas de saúde, para além dos aportes higienistas cunhados nas ações institucionais tradicionais. O conceito de Educação em Saúde apregoado pelo Ministério da Saúde/MS, hoje, diz respeito à capacitação dos grupos para resolução das questões pertinentes ao processo saúde-doença e defesa incontestada do direito à Saúde. Longe de individualizar os problemas de saúde, culpabilizando os indivíduos, a perspectiva pedagógica crítica, orientada pela Educação Popular, está além

da aquisição de informações e pressupõe o fortalecimento da autonomia e a vivência da saúde enquanto um direito de cidadania.

Dada às novas configurações que a epidemia de HIV/AIDS tem apresentado na realidade brasileira, o presente artigo tem por objetivo discutir perspectivas atuais sobre o emprego da Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS, destacando o papel da equipe neste processo.

O EDUCAR EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

A AIDS configura-se como problema de saúde pública e, ao longo do tempo, como aponta Silva (2004), a feminização (aumento de casos entre mulheres), a juvenização (incidência cada vez maior em jovens), a interiorização (crescimento nas cidades do interior, deixando a prevalência do eixo das metrópoles), pauperização (ocorrência em classes sociais cada vez mais baixas, diferente de seu início quando acometia as classes média-altas) e, mais recentemente, a vulnerabilidade de idosos são características que vêm alterando o perfil de acometimento apenas em grupos de risco, consagrado na década de 1980. Com base na mudança de seu perfil ao longo dos anos, e acreditando que seu trato não se restringe apenas a uma intervenção médica e medicamentosa, o desenvolvimento de práticas educativas em saúde promotoras de um cuidado integral torna-se importante aliado na luta pela contenção da epidemia, uma vez que as decisões sobre o comportamento sexual não podem ser isoladas das influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida dos indivíduos. A vulnerabilidade dos sujeitos à doença revela as desigualdades no acesso a um atendimento qualitativo e abrangente ligado à promoção da saúde, configurando a epidemia como problema da população em geral - homens, mulheres, adolescentes, idosos - não mais restrito a determinado segmento da sociedade.

Para controle da AIDS, o governo brasileiro desenvolve ações e disponibiliza serviços de saúde, visando abarcar o conjunto da sociedade. As ações materializam-se através das campanhas educativas veiculadas nos meios de comunicação de massa, especialmente em datas significativas como carnaval e 1º de dezembro (Dia Mundial de Combate à AIDS). No âmbito dos serviços de saúde, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 1988), há uma rede estruturada que perpassa todos os níveis de atenção, com frentes de trabalho desde a atenção básica, passando pelas unidades intermediárias de Serviço

de Assistência Especializada/SAE e Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, até a alta complexidade com Hospitais de referência. Ainda como parte integrante da atenção dispensada aos portadores do vírus, é disponibilizado o tratamento antirretroviral, comumente chamado coquetel.

O Programa Nacional de DST/AIDS, descentralizado nos municípios, possui diversos elementos fundamentais que objetivam o cuidado integral em saúde, entre os quais, a promoção, a proteção/prevenção e o diagnóstico e a assistência (JUIZ DE FORA, 1994). Conciliando estes dois aspectos, o Programa apregoa, além do cuidado tradicional (consultas, exames, coquetel), o desenvolvimento de atividades educativas, não apenas voltadas para a população acometida, mas também para a sociedade em geral, com vistas à promoção da saúde.

A promoção da saúde é um dos objetivos que norteiam a política pública de saúde brasileira e promover saúde em HIV/AIDS, através das práticas educativas, é engendrar um processo de capacitação dos indivíduos e grupos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, requerendo uma maior participação no controle desse processo e incorporando preceitos como democracia, cidadania, responsabilização, acolhimento, vínculo, direitos e acesso.

O conceito de Educação em Saúde liga-se diretamente ao de promoção da saúde, pois abarca processos que visam não só a qualidade de vida daquela parcela dos indivíduos acometidos por algum risco, mas também o bem-estar da população em geral, reforçando o conceito ampliado de saúde que busca, entre outros, abranger aspectos comunitários, ambientais e sociais. Assim, o enfoque educativo preconizado pelo Programa nas atividades de grupo, sala de espera, atendimento individual, campanhas, dentre outras, aparece como elemento importante no cuidado em HIV/AIDS.

Nas primeiras décadas do surgimento da epidemia, quando não se tinha uma dimensão precisa da doença, as ações em saúde privilegiavam um conteúdo biologicista, com conotação discriminatória, voltado para a adoção de comportamentos ditos como saudáveis, numa relação verticalizada entre profissionais/usuários/serviços. Com os avanços da medicina e uma compreensão mais global dos elementos que envolvem o adoecer em AIDS, atualmente os profissionais de saúde e os serviços também se preocupam com aspectos subjetivos que envolvem a doença, tais como: adesão ao tratamento, abandono do mesmo, questões culturais, estigma, relação com a família, dentre outros. Hoje, é possível perceber o desenvolvimento de um trabalho de enfrentamento do HIV/AIDS mais peda-

gógico/crítico do que disciplinador, ainda que este último aspecto continue presente em algumas práticas. De acordo com STOTZ (2007), o ato educativo deve ser visto como mediação social para fortalecer grupos e diminuir desigualdades. Nessa linha, a problematização é instrumento para a ampliação da capacidade técnica e da consciência crítica de adultos:

Problematizar significa levantar os problemas com seus diferentes aspectos e de acordo com o entendimento dos diferentes atores sociais ou participantes da situação. Esta pedagogia tem uma intencionalidade clara: a de permitir que pessoas em situação de subalternidade, com pouco acesso aos 'códigos' da educação formal, possam realizar não apenas um saber instrumental capaz de possibilitar ações concretas, mas também teorizar sobre sua realidade e os problemas a serem enfrentados (STOTZ et al., 2007, p.57-58).

Na visão proposta, o educar em saúde privilegia o agir político, objetivando a capacitação dos indivíduos para a luta e a conquista de direitos. As práticas educativas pedagógicas têm, como horizonte, o esforço para compreender e lidar com fatores que desencadeiam o adoecimento da população pela AIDS, numa perspectiva de qualificação dos serviços de saúde para enfrentamento da realidade.

A relação educativa entre profissionais e usuários, na abordagem em HIV/AIDS, busca estimular o posicionamento mais crítico dos indivíduos quanto aos problemas de saúde e não se restringe à transmissão vertical de informações. Envolve o estabelecimento de relação entre saberes popular e científico e o privilegiamento de espaços coletivos de debate, estratégia que, potencialmente, possibilita incentivo à participação. Esta forma de educar está voltada para desencadear, através da participação dos atores envolvidos no processo de cuidado (serviços, profissionais, usuários e família/rede de relações), pelo menos três tipos de direitos: o direito à *informação*, o direito ao *acesso* e o direito à *assistência*.

No que concerne ao *direito à informação*, o conjunto informação/comunicação (relação dialógica) é a tônica que compõe o conteúdo de reforço à cidadania preconizada por esta modalidade de educar em saúde, pautada na cidadania como direito “construído coletivamente, não só em termos de necessidades básicas, mas de acesso a todos os níveis de existência” (MANSINI-COVRE, 1998, p.11). A informação e a comunicação franca e aberta são um dos principais instrumentos para a construção coletiva da cidadania. A informação aqui é concebida não como a simples passagem de dados e fatos, mas uma interlocução de qualidade

que proporcione ao cidadão arcabouço para exercer seus direitos. Sem o direito à informação, “o exercício de outros direitos fica prejudicado” (GENTILLI, 1995, p. 24-25).

Em todos os espaços da vida moderna, em especial no âmbito da saúde, o acesso à informação é fundamental. Com base no princípio inscrito na Lei 8.080-90, o usuário tem o direito de receber toda informação necessária sobre seu estado de saúde. Para Gentilli (1995, p.159-60),

[...] o direito à informação deve ser pensado na perspectiva de um direito para todos. [...] O direito à informação deve ser pensado na perspectiva de fornecer informações em quantidade e qualidade para o melhor julgamento possível de cada um. [...] O direito àquelas informações necessárias e imprescindíveis para a vida [...].

O direito à informação é essencial para a liberdade; não qualquer informação, mas uma informação não manipuladora. Apenas informar não é suficiente para que os cidadãos formem opinião e se apoderem das rédeas de suas vidas. É preciso, também, comunicar, dialogar. Para Peruzzo (2007, p.2), “[...] o acesso à informação e a comunicação [...] são um direito humano”; logo, comunicar envolve relações humanas. De acordo com Pasquali (2005, p.15), “[...] a noção de relações humanas significa um fenômeno que é ontologicamente impossível na ausência do ato comunicativo, [...] demonstrando que “informar deve ser concebido a partir da perspectiva de ‘comunicar’”.

A comunicação genuína ocorre com a inter-relação entre os indivíduos, no sentido do diálogo e do exercício da fala e da escuta, num processo de reflexão. Comunicar é estar aberto, disposto a receber proposições e encaminhar um debate mais amplo. Esta posição gera uma opinião não manipulada, mais rica de significados.

Comunicar é um direito humano, que deve garantir a todos uma relação dialógica. Só através da relação comunicativa, é possível empoderar o coletivo para que seja “tão livre quanto os mais poderosos” (PASQUALI, 2005, p.37). Desta forma, as práticas educativas representam “um processo que se insere num tipo de ação de levantamento de problemas e busca de soluções compartilhadas, [em que] não existe um ‘que sabe e ensina’ e outro ‘que não sabe e executa’” (STOTZ *et al.*, 2007, p. 54).

A partir do entendimento da informação como um direito, abre-se espaço para o direito ao acesso. Para Travassos (*et al.*, 2006, p. 2), o acesso “refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário”. Os indivíduos, de posse das informações que auxiliarão seu processo de cuidado, passam a procurar os serviços de acordo com

suas necessidades, buscando soluções para as questões apresentadas e interagindo no processo educativo.

Pertinente a esta questão, Hortale *et al.*(2000) consideram a categoria acesso como um valor equacionado em duas instâncias: a *central/local* e a de *população/usuários*. A instância *central/local* “é onde se promove e se concretiza a responsabilidade com as necessidades da população e com os valores sociais, [...] onde se dá a adequação das escolhas de objetivos à demanda dos cuidados” (HORTALE, *et al.*, 2000, p.235). Essa responsabilidade compete aos serviços e a seus profissionais e demanda o exercício da escuta e do acolhimento para alcançar a resolutividade quanto às questões apresentadas pelos usuários. A *instância população/usuários* “é onde se manifesta a legitimidade e a confiança no sistema de saúde. É onde são revelados os fatores socio-culturais [...] que influenciam o comportamento individual, como as crenças sobre os médicos e os serviços médicos, orientações pessoais sobre a saúde” (HORTALE, *et al.*, 2000, p. 235).

Em relação ao direito de acesso, as práticas de Educação em Saúde orientadas pela Educação Popular põem em questão, estimulam e promovem o direito à assistência pautada no acolhimento, na responsabilização e no vínculo. Segundo Ramos e Lima (2003, p.29):

O acolhimento evidencia as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Pode ser utilizado como um dispositivo interrogador das práticas cotidianas, permitindo captar ruídos nas relações que se estabelecem entre usuários e trabalhadores com o fim de alterá-las, para que se estabeleça um processo de trabalho centrado no interesse do usuário. Assim, o acolhimento constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento.

A prática do diálogo, do reconhecimento do universo cultural da população, a crítica e a reflexão são tônicas de uma pedagogia libertadora que tem por intenção abandonar o tecnicismo existente nos serviços de saúde em direção a um vínculo mais estreito com o modo de vida da população. Dessa forma, os elementos centrais nas novas formulações do educar são:

a necessidade de se reconhecer o caráter histórico e os condicionantes sociais, políticos e econômicos do processo de saúde/doença; a perspectiva de formação de uma consciência crítica voltada à transformação da realidade social (atuação voltada ao fortalecimento dos movimentos sociais); a valorização do saber popular e do diálogo na relação profissionais de saúde/

população; a recusa do tecnicismo e fragmentação das ações e sua subordinação ao modelo médico (ASSIS, 1998, p. 8).

Para fortalecer estes elementos, um trabalho em equipe consolidado torna-se de fulcral importância no processo de cuidado em HIV/AIDS.

O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE NO PROCESSO PEDAGÓGICO DE ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

A Educação em Saúde, na perspectiva pedagógica crítica, apresenta vários desafios à sua compreensão enquanto estratégia que privilegia uma relação dialógica, nos mais diferentes níveis de atenção. Entretanto, para implementar práticas educativas e evitar posturas messiânicas ou autoritárias, é necessário refletir sobre algumas questões: até que ponto o trabalho realizado condiz com os interesses e necessidades dos usuários? Ele contribui para desencadear a luta pela conquista do direito à saúde, visando à cidadania (cidadania, segundo Demo (1996), relacionada à competência humana de fazer-se sujeito da história), ou se limita a controlar as insatisfações dos usuários, enfraquecendo suas iniciativas?

Poder-se-ia dizer que as dificuldades em difundir práticas mais amplas residem no fato de se atribuir um papel passivo aos indivíduos, os quais são percebidos mais como “consumidores de conhecimentos”. A prática de saúde, tendo como referência o trabalho com população, é uma ação ou conjunto de ações praticadas por pessoas (facilitadores, profissionais, etc) que podem não pertencer ao núcleo comunitário onde tal ação se realiza, e ela, a intervenção, pode assumir um caráter de “tutela” (dependência/autoritarismo) ou um caráter “educativo” (crítico/reflexivo).

A prática de saúde assume caráter de dependência quando a ação do agente externo (profissional, facilitador...) é orientada no sentido de introduzir “ideias” previamente estabelecidas sem que haja participação da população, alvo de sua ação na formulação de “tais ideias”. Nesta forma de agir, é o agente externo que elabora os diagnósticos, identifica os problemas, escolhe os meios para solucioná-los, estabelece as estratégias de ação e avalia as ações executadas. À população cabe executar as ações prescritas (SILVA *et al.*, 2003). Por outro lado, a prática de saúde assume um caráter educativo/reflexivo quando a população é estimulada a desenvolver a habilidade de diagnosticar e analisar seus problemas, decidir coletivamente sobre ações e avaliá-las buscando, sempre que necessário, novas alternativas.

Na atualidade, os profissionais de saúde que lidam com as mais diversificadas áreas do cuidado, dentre elas a do HIV/AIDS, necessitam trabalhar - ou deveriam - numa perspectiva ampliada de saúde, fazendo um intercâmbio entre os aspectos biopsicossociais e culturais de forma a perceber o usuário enquanto um ser integral, portador de direitos e múltiplas demandas. Esta necessidade advém da constatação de que apenas o cuidado disciplinador, pautado unicamente na visão estrita da doença, não promove o controle mais adequado do quadro de adoecimento e nem promove a melhoria da qualidade de vida da população.

Ao adotar a perspectiva ampla de saúde nas práticas desenvolvidas, o profissional promove uma intervenção em saúde pautada nos preceitos da Reforma Sanitária, destacando o processo de democratização das relações e a universalização do direito à saúde, reforçando os princípios e diretrizes do SUS, como universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

O enfoque crítico-pedagógico volta-se para a preservação da autonomia dos indivíduos, impulsionando o profissional a perceber e lidar com o universo cultural do usuário e a compartilhar os conteúdos de seus saberes, estabelecendo possíveis relações de vínculo e responsabilização, base para uma atenção mais humanizada e integral à disposição da comunidade demandante.

O trabalho realizado pela equipe nos serviços de referência em HIV/AIDS, seja multidisciplinar ou interdisciplinar, deve considerar a importância do exercício do diálogo, da pertinência do universo cultural dos usuários e do incentivo ao posicionamento crítico e à reflexão sobre a realidade social. Estes aspectos caracterizam-se como aportes de uma pedagogia libertadora que têm, por pretensão, desvincular-se da neutralidade e tecnicismo predominantes nos serviços de saúde, em direção a um cuidado humanístico e mais próximo da realidade da população.

No trabalho educativo voltado ao HIV/AIDS, a equipe profissional deve procurar captar as necessidades humanas, necessidades estas não arbitradas pelo educador, mas captadas da realidade em que vive a população. Para Agnes Heller (1986), o processo de percepção das necessidades não é algo fácil. O primeiro elemento que aparece, geralmente, é a demanda a ser resolvida, - por exemplo, a demanda pelo coquetel no caso da AIDS. Num exercício de escuta qualificada, pode-se, a partir dessa demanda aparente (o medicamento), descobrir uma necessidade que é maior e mais complexa, por exemplo, a intolerância ao tratamento medicamentoso, o que faz com que o usuário abandone o tratamento várias vezes, o que pode agravar seu quadro. Assim, para Heller (1986), em sua obra “Teoría de las

necessidades em Marx”, as verdadeiras necessidades são aquelas ligadas à emancipação humana desencadeada pela reflexão, global e não aparente, das situações e qualquer outra manifestação será apenas demanda.

Quando se entendem as necessidades de forma abrangente, é possível pensar numa atenção também mais ampla. Para Stotz (2004, p.1), “necessidades de saúde ligam-se ao conceito que se tem de saúde”. Para o autor, “falar em necessidades de saúde significa admitir a saúde como um direito dos cidadãos e um dever do Estado” e, mais ainda, “necessidades são individualmente sentidas; são biológica e socialmente determinadas; sua atenção, satisfeita socialmente, é o sinal de seu reconhecimento” (STOTZ, 2004, p.3). Logo, a ação educativa deve apresentar, como elemento marcante, a escuta das necessidades e a proposição de soluções conjuntas para o fato apresentado.

No cotidiano do trabalho da equipe de saúde, a busca de resolução de problemas significa não uma tarefa em que os indivíduos resolvem por si só suas questões, mas envolve todos os sujeitos imbricados na relação de cuidado em saúde: usuários, profissionais, gestores e instituições. Segundo Assis (1998, p.7), na prática educativa, numa perspectiva crítica, “a intervenção (...) tenderia a se encaminhar para a busca de *soluções coletivas* dos problemas de saúde”, ou seja, contribuir de alguma maneira para o incremento da luta por direitos. Assim, a Educação em Saúde, sob os pilares da participação, da cidadania e da dialogicidade, pode ser percebida como estratégia que tem como perspectiva a resolução de problemas que impedem ou dificultam o atendimento às necessidades humanas.

Segundo Helen Perlman (1976) - autora da área de Serviço Social e que traz uma contribuição para o debate da ação educativa útil à equipe de saúde, ao desenvolver o modelo de “Solução de Problemas” - “solucionar problemas” requer processo de aprendizagem, ou seja, aprender a lidar com as situações que aparecem no cotidiano. Isso porque, sendo a vida humana um processo de solução de problemas, os indivíduos, em suas relações com o outro, com as circunstâncias, serviços e instituições, agem no sentido de resolver questões, buscando a qualidade de vida. Os elementos utilizados para a solução dos entraves cotidianos, que podem estar inscritos na saúde, na educação, no trabalho, na família, entre outros, são a percepção, apreensão, compreensão, julgamento, seleção dos fatos que ocorrem e incidem na vida das pessoas.

Para lidar com situações-problemas, é necessária a busca de soluções conjuntas construídas na mediação dos profissionais com os usuários. Isso significa que os indivíduos não têm que resolver os problemas sozinhos, pois muitos deles

rebatem no âmbito coletivo e não somente no individual. Um exemplo clássico de que as soluções também devem ser coletivas é a escassez de consultas no posto de saúde: individualmente, a solução seria pagar uma consulta na rede particular; a solução coletiva seria discutir, nas instâncias de participação, a demanda reprimida, acionando os órgãos competentes para o exercício desse direito.

No processo de resolução de situações-problemas, encontram-se, estreitamente relacionados, além dos indivíduos, os profissionais, os serviços e todo arcabouço técnico operacional disponível. Segundo Perlman (1976, p. 34), na solução de problemas estão os “4 Ps”:

Uma pessoa assediada por um problema procura solução em um local [place] (obra social ou outra instituição social) e lhe é oferecida ajuda por um AS [assistente social], cujo processo profissional simultaneamente engaja e intensifica suas (...) capacidades de solucionar os problemas e/ou intensificar (...) recursos para consegui-lo.

Dito de outra forma: o usuário tem um problema de saúde ou necessidade de saúde, recorre a um serviço de saúde e busca um processo de trabalho acolhedor e interativo, voltado para discutir e orientar decisões a serem tomadas por ele. O usuário, neste processo, aprende a solucionar seu problema de saúde e, gradativamente, se qualifica para novas decisões, a partir da compreensão de seus direitos, entre eles o direito de receber toda informação sobre seu estado de saúde.

Culturalmente, quando o problema de saúde aparece, o indivíduo procura as instituições e os profissionais para que o resolvam. Muitas vezes, espera respostas imediatas, o que não ocorre na maioria dos casos. Nos processos educativos, as respostas não devem ser dadas apenas pelos profissionais, ainda que seja necessária sua intervenção. É preciso o envolvimento de todos os atores envolvidos.

A prestação dos serviços com qualidade é importante (boa anamnese, escuta atenta às demandas a fim de dimensionar as necessidades dos indivíduos), mas o sucesso da intervenção depende da compreensão que o usuário terá de sua condição de saúde e isso só é possível através de um processo reflexivo, dialógico, baseado na responsabilidade compartilhada pelo profissional e pelo usuário. Segundo Perlman (1976), o que se objetiva através de processos educativos é fortalecer e motivar o usuário; exercitar suas capacidades de pensar e agir (uma vez que o indivíduo tem um saber que deve ser considerado); divulgar e tornar acessíveis os direitos, tendo em vista que a inserção em uma política pública pode resolver, por exemplo, um problema de ordem material.

Os “4 Ps” adotados por Perlman (1976) estão em constante interação. Num quadro de saúde, por exemplo, o usuário procura o serviço de saúde, fala sobre o que o aflige e recebe explicações e orientações. Receber informação qualificada sobre o seu estado de saúde é primordial para que o problema seja resolvido ou, ao menos, controlado. O ato de bem informar o usuário, esclarecendo suas dúvidas e acolhendo suas angústias, revela o caráter responsivo do serviço em relação à população. A responsabilização desencadeia outros processos como o de acolhimento e de vínculo, ampliando a reflexão dos atores sociais envolvidos no cuidado em saúde, proporcionando ou despertando capacidades para solução das questões apresentadas, de forma mais aprofundada.

Ao se pensar os princípios inovadores do educar em saúde, cunhados a partir dos anos 1970, pode-se perceber alguns aspectos que se aproximam dos passos elencados por Perlman (1976). Primeiramente, deve-se identificar o problema, a questão que aflige o usuário (a contaminação pelo vírus da AIDS, por exemplo). A partir daí, compreender como o usuário se sente frente a tal questão: como lida, o que representa o fato para si e sua rede de relações. Depois, no exercício conjunto entre profissional e usuário, perceber o que pode ser feito, que tecnologias poderão ser empregadas, que outros setores e serviços poderão ser acionados, as vias de acesso, o potencial de solução, dentre outras.

Estes passos não devem ser compreendidos como estáticos, lineares, mas em constante movimento, dependentes de uma relação dialógica materializada pelo exercício da fala e da escuta. Em processos educativos cujo objetivo é fomentar espaços de discussão e reflexão para solução de problemas, a tônica é despertar para a visão do usuário não como “portador de problema ou vítima” (PERLMAN, 1976, p. 45), mas como indivíduo portador de direitos e capaz de refletir sobre suas condições de vida e saúde, tomando decisões e fazendo escolhas importantes para si e para seu meio, não porque alguém mandou que o fizesse, mas porque compreendeu o processo.

A solução de problemas em HIV/AIDS, vistos sob um ângulo ampliado, demanda a participação. Segundo Bordenave (1992), a participação promove a democracia, sendo facilitadora do crescimento da consciência crítica dos indivíduos, fortalecendo o poder reivindicatório e de ampliação desse poder. Quando se participa ativamente dos episódios que nos cercam, há o incremento da percepção crítica, o que pode contribuir para melhoria da qualidade do equipamento público a que se tem acesso. Além de ser um instrumento de solução de problemas, a participação é:

[...] uma necessidade fundamental do ser humano [...] A prática da participação envolve a satisfação de outras necessidades [...] como a interação com os demais homens, a autoexpressão, o desenvolvimento do pensamento reflexivo, [...] a valorização de si mesmo pelos outros [...] (BORDENAVE, 1992, p. 16).

Neste processo participativo em busca da solução de problemas em HIV/AIDS, o ato de educar não bancário contribui na medida em que pode promover a capacidade, potencialidade do indivíduo em perceber o que ocorre a sua volta e consigo mesmo, instigando seu papel de co-partícipe do processo, enquanto sujeito e não “paciente” (aquele que recebe orientações e deve apenas segui-las). A equipe de saúde, neste contexto, auxilia este processo de cuidado ao preconizar, amparada em sua conduta ética e nas tecnologias disponíveis, a autonomia e o direito do usuário em se cuidar e ser cuidado, seja no plano individual, seja no plano coletivo.

CONCLUSÃO

No contexto histórico em que se concebe a saúde como direito de todos com vistas a promover qualidade de vida, a ação de educar em saúde se propõe a contribuir para um cuidado mais amplo em HIV/AIDS, através de uma perspectiva político-pedagógica baseada numa concepção abrangente de saúde que considere aspectos como estigma, preconceito, cultura, religiosidade e promoção da saúde. Para Assis (1998, p. 8), “os trabalhos nesta perspectiva crítica questionam a transmissão vertical de informações e trazem a preocupação de valorizar o saber popular sobre as questões de vida e saúde” e devem levar em consideração tanto a abordagem individual quanto a coletiva.

As atividades educativas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em qualquer nível de atenção, concentram em si grande potencial, na medida em que podem contribuir para que o indivíduo amplie sua compreensão acerca tanto de seu estado de saúde quanto dos determinantes sociais que envolvem o adoecer e o estar sadio em HIV/AIDS, favorecendo um posicionamento crítico com relação ao contexto social e à qualidade de vida.

Para os segmentos comprometidos com uma visão integral do cuidado em saúde, destaca-se como fator positivo o aprendizado em dois níveis: o aprendizado pessoal, em que o lidar com o outro pode despertar um novo ser naquele que promove o cuidado, e o aprendizado profissional, em que vão se aprimorando técnicas, incorporando saberes e vivências.

Os aspectos que envolvem o educar em saúde no campo do HIV/AIDS demandam, dos profissionais, uma visão de trabalho em equipe que se desloca para o compartilhamento dos saberes. O trabalho em equipe é locus privilegiado para absorver e conjugar informações geradas na interação entre profissionais das mais diversas áreas, objetivando a interlocução de forma a exercitar a complementaridade entre conceitos (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO, 2001). Na concepção dessas autoras, o trabalho em equipe configura-se como:

[...] processo horizontal de partilha de conhecimentos teóricos e práticos. Destaca as relações mútuas e a complementaridade de conceitos, no sentido de estabelecer as superações necessárias às práticas educativas dos serviços de saúde. Esta concepção tem, como aporte, a interdisciplinaridade, comunicando ideias, integrando conceitos e construindo objetos de novas investigações e parcerias, para diluir, na prática, as concepções corporativas, verticalizadas e hegemônicas. Este processo é acrescido do enfoque educação em saúde para incorporar, na prática, o princípio do respeito à dignidade do usuário, para passar da condição de objeto para sujeito e ter assegurado o direito de privacidade e de recebimento às informações acerca de seu estado de saúde (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO, 2001, p. 38).

No campo do HIV/AIDS, com as novas conformações da epidemia há, cada vez mais, a necessidade de um trabalho em conjunto, tal como aponta Camargo Jr (2003, p.39):

É imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental.

O papel da equipe de saúde, no processo de aprendizagem compartilhada em HIV/AIDS, deve se basear em um posicionamento ético em estreita vinculação com os objetivos da Educação em Saúde de viés crítico/problematizador: defesa da vida, a promoção da cidadania, a autonomia, a emancipação da pessoa humana, o respeito aos saberes, a busca de condições de vida mais dignas e igualitárias (SILVA, 2005).

O educar em saúde em HIV/AIDS é um processo dinâmico, em construção, que envolve a perspectiva dialógica no trato cotidiano das demandas apresentadas aos profissionais e serviços. Esse cuidar significa interagir com o outro, sendo um instrumento de promoção do ser humano. Segundo Castro (2004), a educação, enquanto prática edu-

cativa, resulta do dinamismo pelo qual o homem é gerado e produzido. A educação, tomada nesta dimensão cultural é, portanto, social. A educação contribui para que a cultura se estabeleça como tal ou se modifique a partir de tomadas de decisões do próprio homem, numa atitude de reflexão acerca de sua cultura. Para se propor um projeto educativo que leve o outro a tomar consciência de sua cultura, é preciso interpretá-la primeiro. Partindo desse pressuposto, a aliança entre saber popular e científico permeia elementos como *identidade* (quem são estes usuários, o que eles aspiram), *consciência* (o que ele sabe sobre seu quadro de saúde, como se vê e enfrenta os problemas decorrentes de tal quadro), *relações sociais* (como interage com seu meio, com os serviços de saúde), *cultura* (entendida como “conhecimento acumulado, sistematizado, interpretativo e explicativo, e não como cultura barbarizada, forma decaída da cultura hegemônica, mera e pobre expressão do particular” conforme Martins citado por Valla (2000, p.25)), dentre outros.

No campo das práticas de saúde mais amplas que norteiam o cuidado em HIV/AIDS, o conceito de educar em saúde proposto passou a privilegiar o agir político, objetivando a capacitação dos indivíduos para luta e conquista de direitos. Sob este prisma, a saúde, produto histórico e social, não teria sua intervenção voltada para o desenho do comportamento individual; as práticas educativas teriam, como horizonte, o esforço para compreender e lidar com fatores que desencadeiam o adoecimento da população, numa perspectiva de qualificação dos serviços de saúde para enfrentamento da realidade.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, M. **Educação em saúde e qualidade de vida:** para além dos modelos, a busca da comunicação. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 169
- BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação.** 7. ed. Brasília; Brasiliense, 1992. Coleção Primeiros Passos.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde/LOS:** Leis 8080/90 e 8142/90. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DS/AIDS.** Brasília, 1988.

- CAMARGO JR, K. R. Um Ensaio Sobre a (In)Definição da Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni *et al.*, (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003.
- DEMO, P. **Participação é conquista: noções de política social participativa**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.
- GENTILLI, V. **Democracia de massas: cidadania e informação**. 1995. 217f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Escola de Comunicação e Artes. Departº de Jornalismo e Editoração. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.
- HELLER, A. **Teoría de las necesidades em Marx**. 2. ed. Barcelona: Ediciones Península; 1986.
- HORTALE, V. A. *et al.* Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-239, jan-mar 2000.
- JUIZ DE FORA. Secretaria Municipal de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/DSSDA-SSSDA. Departamento de Epidemiologia. **Programa Municipal de DST/AIDS**. Juiz de Fora(MG), 1994.
- MANSINI-COVRE, M. L. **O que é Cidadania**. 7. ed. Brasília: Brasiliense, 1998. Coleção Primeiros Passos.
- PASQUALI, A. Um breve glossário descritivo sobre comunicação e informação: para clarear e melhorar o entendimento mútuo. In: SATHLER, L. (Org.). **Direito à comunicação na sociedade da informação**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo-UMESP, 2005.
- PERLMAN, H. H. Serviço Social de caso: o modelo solução-do-problema. **Cadernos CBCISS**, nº 109, 1976.
- PERUZZO, C. M. K. Direito à comunicação comunitária, participação popular e cidadania. **Lumina. Revista do Programa de Pós-graduação em Comunicação da UFJF**, Juiz de Fora, v. 1, n. 1, p.1-29, jun. 2007.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev., 2003.
- SILVA, G. A. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2004.
- SILVA, H. H. *et al.* **Reflexões acerca das práticas de educação em saúde, enfocando a participação popular**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2003.
- SILVA, H. H. **Na mira da prevenção-DST/AIDS: uma experiência de Educação em Saúde no contexto do HU/UFJF**. 2005. Monografia (Especialização em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF. Juiz de Fora, 2005.
- SODELLI, M. **Os caminhos da prevenção da Aids no Brasil**. 1999. Disponível em: <www.netpsi.com.br/artigos/99_caminhos_prevençãp_aids.htm>. Acesso em 20 set. 2009.
- STEPHAN-SOUZA, A. I.; MOURÃO, A. M. A. A Construção do Trabalho em equipe: uma tarefa do Coletivo dos Profissionais de Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 4, nº 9, p. 35-37, dez. 2001/ maio 2002.
- STOTZ, E. N. *et al.* Educação popular em saúde. In: MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2004. Disponível em: <<http://educaçãopopularemsaude/2005.html>>. Acesso em: 13 maio 2005.
- TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, nº 4, p.975-986, out./dez. 2006.
- VALLE, C. N. Práticas educativas na atenção secundária e terciária: possibilidades e limites. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 1, nº 1, p. 145-163, 2001.

Submissão: junho de 2009

Aprovação: setembro de 2009
