

AS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS DAS USUÁRIAS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO/BRASIL

EDUCATIONAL PRACTICES FOR HIV/AIDS PREVENTION AMONG USERS OF THE BASIC HEALTHCARE SYSTEM IN RIO DE JANEIRO/BRAZIL

PRÁCTICAS EDUCATIVAS EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DE USUARIAS DE LA RED BÁSICA DE SALUD DE RIO DE JANEIRO/BRASIL

Sergio Corrêa Marques¹
Maria Antonieta Rubio Tyrrell²
Denize Cristina de Oliveira³

¹ Enfermeiro. Doutor. Professor Adjunto do Depto. de Fundamentos de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ, Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

² Enfermeira. Doutora. Professora Titular do Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e do Programa de Pós-Graduação/Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

³ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular; do Depto. de Fundamentos de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação/Mestrado e Doutorado da Faculdade de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

Autor Correspondente: Sergio Corrêa Marques. E-mail: sergiocmarques@uol.com.br
Submetido em: 25/07/2011 Aprovado em: 10/09/2013

RESUMO

O estudo tem como objetivos: identificar a dinâmica das práticas educativas para a prevenção do HIV/Aids nos serviços de atendimento à mulher; descrever e analisar as representações sociais das práticas educativas constituídas pelas mulheres assistidas nos serviços da rede básica de saúde. É uma pesquisa qualitativa, pautada nos referenciais da teoria das representações sociais e da educação em saúde. Participaram 46 mulheres de oito centros municipais de saúde de um município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e tratados pelo programa ALCESTE. Os resultados revelaram: poucas informações nas consultas individuais; que nas reuniões do planejamento familiar são desenvolvidas práticas educativas, principalmente pelas assistentes sociais, que “falam” sobre a AIDS; que as práticas educativas são representadas como “dar” e “passar” informações. Concluiu-se que o referencial teórico mostrou especial pertinência à análise das questões relacionadas às práticas educativas inerentes ao HIV/AIDS.

Palavras-chave: Práticas Educativas; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

The present study aims at identifying educational practices for the prevention of HIV/AIDS in women's health units as well as describing and analysing the social representations of the educational practices in basic healthcare services. It is a qualitative research based on social representations and health education theories. A total of 46 women from eight healthcare units of a municipality in Rio de Janeiro participated in the study. Data were collected by semi-structured interviews and analysed by the ALCESTE software. Results revealed that little information came from individual consultations; that the educational practices were developed in the family planning program basically by social workers that “talk” about AIDS; that the educational practices are represented by “to give” and “to pass” information. In conclusion, the theoretical framework highlighted the significance of the analysis of issues related to educational practices specific for HIV/AIDS.

Keywords: Educative Practices; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Primary health care; Woman's Health.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar la dinámica de las prácticas educativas para la prevención del VIH/Sida en los servicios de atención de la mujer. Busca, también, describir y analizar las representaciones sociales de las mujeres atendidas en los servicios de la red básica de salud. Se trata de una investigación cualitativa, pautada en los referentes de la Teoría de las Representaciones Sociales y de la Educación en Salud. Participaron 46 mujeres de ocho Centros Municipales de Salud (CMS) de un municipio de Rio de Janeiro. Los datos fueron recogidos en entrevistas semi-estructuradas y tratados por el programa ALCESTE. Los resultados revelaron que en las consultas individuales hay poca información, que en las reuniones de planificación familiar se llevan a cabo prácticas educativas, principalmente a través de las trabajadoras sociales que “hablan” del Sida y que las prácticas educativas son representadas como “dar” y “transmitir” información. Se concluye que el referente teórico y metodológico mostró especial pertinencia para analizar asuntos sobre las prácticas educativas inherentes al VIH/Sida.

Palabras clave: Práticas Educativas; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Atención Primaria de la Salud; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de DST/AIDS tem destacado a prevenção como estratégia básica para o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do vírus da imunodeficiência humana (HIV), enfatizando que as atividades de prevenção devem promover ações de educação em saúde, por meio de constante informação para a população geral e outras estratégias educativas que possam favorecer a percepção de risco, mudanças de comportamento sexual e a promoção da utilização adequada de preservativos. O documento que define a Política Nacional de DST/AIDS afirma que nas intervenções educativas devem ser trabalhados os aspectos pertinentes às atitudes e aos valores relacionados à autoestima e à conscientização sobre os fatores de risco da população para o HIV e outras DSTs, considerando seus aspectos culturais, suas características regionais e situações particulares do seu cotidiano.

De acordo com dados do Ministério da Saúde¹, as mulheres brasileiras, especialmente as de baixa renda, são as principais usuárias dos serviços de saúde pública, que por essa razão se apresentam como espaços apropriados para que as questões relacionadas à infecção pelo HIV e a AIDS sejam abordadas, inclusive as ações preventivas de caráter educativo.

As mulheres em condições socioeconômicas menos favorecidas, que constituem o grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV, são as que têm mais acesso aos serviços da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que os programas de saúde dirigidos a essa população são teoricamente pautados na integralidade da assistência e, ainda, que o conceito de integralidade inclui ações educativas, para que as mulheres possam se apropriar de conhecimentos e ter melhor controle sobre sua saúde. O aconselhamento é um exemplo de atividade que insere ações educativas que no contexto das DST e da AIDS mostra-se como uma ferramenta tecnológica importante e essencial para a prevenção dessas doenças.²

A partir desses aspectos levantaram-se os seguintes questionamentos: quais práticas educativas relacionadas ao HIV/AIDS são identificadas pelo grupo feminino que utiliza a rede básica de saúde? Em quais espaços de atendimento na rede básica de saúde são reconhecidas as ações educativas pelo grupo feminino?

Diante do exposto, definiram-se como objetivos do estudo: identificar a dinâmica das práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS nos serviços de atendimento à mulher; descrever e analisar as representações sociais das práticas educativas constituídas pelas mulheres assistidas nos serviços da rede básica de saúde.

Ao avaliar o cenário da educação em saúde desde os seus primórdios no Brasil, observa-se a possibilidade de caracterizar as práticas educativas em saúde sob dois enfoques: o tradicional e o crítico.

No modelo tradicional a tônica é a transmissão de informações e regras de conduta que visam a mudar valores, crenças, hábitos e comportamentos prejudiciais à saúde, relacionando a definição de saúde como ausência de doença e a culpabilização dos indivíduos pelos agravos à saúde.^{3,4}

No modelo crítico, as ideias partem do pressuposto de que o processo saúde/doença tem íntima relação com os determinantes socioeconômicos e políticos, ou seja, está investido de historicidade. Nele a prática educativa é considerada um processo de instrumentalização dos indivíduos e dos grupos sociais de forma que identifiquem e analisem os problemas de saúde com o intuito de elaborar propostas de solução.^{3,4} Estudos da educação em saúde no panorama do HIV/AIDS afirmam que esse modelo é direcionado “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”.⁵

É a partir desses enfoques que se procura delinear as práticas educativas reveladas e representadas no estudo com o suporte do campo teórico das representações sociais, na perspectiva da Psicologia social.

Segundo Serge Moscovici, “por representações sociais entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais”.⁶ De forma sintética, porém não comprometendo a essência de outros conceitos que foram elaborados por estudiosos das ideias de Moscovici, a representação social também é conceituada como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.⁷ Observa-se, portanto, nesses e em outros conceitos, estreita relação entre as representações sociais e o âmbito de vida dos sujeitos. Os aspectos históricos, sociais e ideológicos, as características individuais e todos os fatores que influenciam o comportamento e o pensar dos grupos estão diretamente relacionados à produção, circulação e estabilidade das representações sociais.⁸

Ainda que esta pesquisa não tenha sido desenvolvida na perspectiva de avaliação de programas e de serviços de saúde, acredita-se que o seu resultado apresenta conteúdos que podem ser considerados em relação a esse aspecto, traduzindo-se numa das contribuições do estudo. Por outro lado, percebe-se, também, a sua relevância sob o aspecto teórico, pois a intercessão entre a teoria de representações sociais e a investigação de programas de saúde ou intervenções em saúde é pouco explorada em várias áreas do saber, especialmente na área da Enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado com 46 mulheres assistidas nos serviços de assistência clí-

nico-ginecológica, pré-natal/puerpério e planejamento familiar, em oito Centros Municipais de Saúde (CMS) de um município do estado do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão das mulheres no estudo vincularam-se a dois aspectos: idade e número de vezes em que foram assistidas nos serviços. Desta forma, foram incluídas aquelas com idade a partir de 20 anos, inserindo-se no estudo as mulheres jovens, porém não adolescentes, de acordo com parâmetros do Programa de Saúde do Adolescente. Quanto ao segundo critério, participaram do estudo aquelas assistidas mais de duas vezes, pelo menos em um dos serviços anteriormente mencionados.

Para mobilizar as mulheres, foi utilizada uma estratégia de aproximação durante o período em que aguardavam atendimento. Depois de identificá-las procedia-se à explanação sobre a pesquisa e questionava-se sobre o interesse na participação da entrevista. Após o aceite eram acordados o local e o momento para a realização da coleta de dados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que o aprovou sob o protocolo nº CAAE: 00470.228.000-05. Além disso, aplicou-se o Consentimento Livre e Esclarecido aos sujeitos da pesquisa, respeitando-se as disposições da Resolução 196/96 da CONEP.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, no período de julho a agosto de 2006. O instrumento constou de 10 questões fechadas com variáveis pessoais e sociais e de sete perguntas norteadoras da entrevista, cujos conteúdos eram aprofundados a partir do discurso das mulheres.

O tratamento dos dados foi realizado pelo programa ALCESTE (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto), que procedeu à análise lexical a partir de técnicas quantitativas em cinco etapas que integram a sua operacionalização, culminando com constituição de seis classes ou categorias temáticas cujas produções discursivas nelas contidas foram analisadas com base no referencial teórico.

RESULTADOS

Uma constatação geral da caracterização das mulheres pode ser configurada da seguinte maneira: a maioria (56,5%) tinha 20 a 29 anos; a maior parte (52,2%) não desenvolvia atividades remuneradas; a metade delas (50%) afirmou ser católica; a maioria delas convivia com um único companheiro; quase a totalidade delas (91,4%) afirmou ter relações sexuais com um único companheiro; o maior número de mulheres vivia na zona norte e centro do município; e a maioria utilizava os CMS nos últimos cinco anos até a data da coleta de dados.

Quanto aos parâmetros de constituição da análise ALCESTE, o *corpus* de análise foi constituído por 2.166 unidades de contexto elementar (UCE), que correspondem aos fragmentos dos

discursos. Por meio de suas etapas operacionais o programa ALCESTE efetuou a classificação hierárquica descendente, dividindo as UCEs em seis classes, assim organizadas: classes 6 e 3; classes 5 e 2; classes 4 e 1. Em seguida, realizou a Classificação Ascendente Hierárquica (CAH), que comporta as palavras presentes nas classes e o seu grau de associação à classe. Todos esses procedimentos resultaram na visualização das UCEs que constituem cada classe, permitindo apreender as características e o sentido dos conteúdos nelas implícitos. Isso possibilitou denominar cada classe conforme discriminado a seguir, de acordo com seus pares:

- classe 6: ações educativas: fontes e estratégias;
- classe 3: teste do HIV e o aconselhamento;
- classe 5: informações sobre transmissão e prevenção do HIV/AIDS;
- classe 2: representações da AIDS;
- classe 4: camisinha: concepções e condições de uso;
- classe 1: conversação cotidiana sobre AIDS nas relações sociais.

Os conteúdos pertinentes ao objeto do estudo estão presentes em todas as classes, sendo mais expressivos nas classes 6, 3 e 5, que serão descritas com mais detalhes.

A classe 6 comportou 17 subtemas cujos conteúdos versam sobre: as atividades assistenciais desenvolvidas nos CMS; os profissionais que participam dessas atividades; as diferentes fontes de informações sobre HIV/AIDS; as estratégias que são ou poderiam ser utilizadas no âmbito do desenvolvimento das ações educativas. Esses subtemas são resumidamente ilustrados nos discursos das depoentes nas UCEs a seguir.

Aqui nesse posto de saúde, não. No posto de saúde de V. G. falei na palestra que eu assisti. Falei muito sobre AIDS. Foi no planejamento familiar que fala sobre a AIDS, ensina a se prevenir, como evitar uma gravidez (Classe: 6 x²: 17).

Nos postos de saúde tem a assistente social, aqui também, ela conversa com a gente, ela explica disso, quando eu fui fazer a fichinha para entrar no planejamento familiar. A assistente social falou sobre como usar a camisinha, como é importante usar por causa da AIDS, como prevenir (Classe: 6 x²: 2).

Não, nas consultas não era falado nada sobre AIDS. Nas consultas você só vem, faz a revisão do DIU, se o DIU está bem posicionado, se está sentindo alguma coisa, e acabou (Classe: 6 x²: 3).

Eu acho que o posto de saúde deveria ter mais palestra falando sobre isso, porque ia ajudar muitas pessoas, principalmente pessoas que moram em morro ou lugares pobres ter mais consciência do que está fazendo (Classe: 6 x²: 9).

O ginecologista. Eu acho que o ginecologista tem um acesso direto com a paciente. O clínico geral não conhece o paciente profundamente. O ginecologista explora as DSTs, então está mais preparado para poder passar para as mulheres (Classe: 6 x²: 4).

Na classe 3 foram identificados oito subtemas com conteúdos que se referem ao período de gravidez das mulheres, no qual receberam atendimento no pré-natal, onde ocorre a oferta de exames, inclusive o do HIV, bem como os procedimentos e condutas relacionados à realização dos exames e à obtenção dos seus resultados. As UCEs a seguir são exemplos dos conteúdos dessa classe.

Dá um medo danado ali na hora. Quando ela fala que o exame HIV está ali dá o maior nervoso, dá um desespero até que ela fale que deu negativo (Classe: 3 x²: 14).

Só mandou fazer, mas não falou nada. Só pediu para trazer resultado. Só pediu e pediu que trouxesse o resultado logo que saísse. Eu tive informação sobre AIDS no Instituto O. C. em um projeto em Laranjeiras, na televisão e no posto de saúde (Classe: 3 x²: 9).

Na gravidez já vem no pré-natal, hoje é obrigatório em todos os lugares fazer o exame HIV para grávida, até porque se o neném for portador tem como tratar, então já é normal fazer um teste de gravidez, é um exame HIV na gravidez (Classe: 3 x²: 36).

Os conteúdos da classe 5 são identificados em 17 subtemas e se referem às formas de transmissão e de prevenção do HIV reconhecidas pelos sujeitos do estudo, assim como a sensação de exposição ao vírus, especialmente nos serviços de atenção à saúde, como pode ser observado nos discursos a seguir das depoentes.

É, não sabemos, não vem na testa quem está com AIDS ou não. No dentista, com agulha, quando vai colocar a anestesia, se não tiver direito à seringa, pode contrair vírus HIV. Eu acho que sim, eu não sei. Não sei se a pessoa vai ter a dignidade de usar aquilo ali e jogar fora (Classe: 5 x²: 25).

Pela relação sexual e pelo sangue também. Que eu sei, só esses dois. Pelo sangue, se a pessoa estiver sangrando e encostar num lugar ferido de outra, acho que transmite (Classe: 5 x²: 45).

Os conteúdos da classe 2 dizem respeito aos significados, conceitos e imagens presentes nas representações que as depo-

entes atribuem à AIDS. Revelam, ainda, aspectos relacionados à prevenção do HIV com enfoque na informação/educação. Na classe 4, constituída por sete subtemas, os conteúdos são referentes à utilização ou não de preservativos, tanto o masculino como o feminino, associados a uma relação temporal de uso, e na perspectiva da prevenção da AIDS. No que diz respeito à classe 1, os conteúdos referem-se às pessoas que convivem com as depoentes, em seu meio familiar e social, e às circunstâncias em que são abordadas as questões relacionadas ao HIV/AIDS. Estão presentes, também, conteúdos que evidenciam a dificuldade de abordar aspectos referentes ao sexo e à sexualidade.

Os resultados revelaram, ainda, que 52,1% das depoentes afirmaram não ter tido acesso às informações ou orientações nos centros municipais de saúde que foram cenários do estudo, até aquele período, apesar de frequentá-los. A maior parte desses CMS localizava-se nas zonas norte (33,3) e sul (29,2%). Das depoentes (36,4%) que mencionaram ter recebido algum tipo de informação ou orientação nesses cenários, a maioria (31,8%) era atendida na zona centro do município. Convém registrar que nos discursos há referências à presença e à ausência de acesso à informação ou orientação num mesmo cenário do estudo, inclusive em uma mesma modalidade de atendimento à clientela.

ANÁLISE DOS DADOS

A DINÂMICA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As produções discursivas das depoentes indicam que não há uniformidade quanto à disponibilização de informações e orientações no âmbito de um mesmo tipo de atendimento e entre as áreas ou programas de atendimento à mulher. Esses dados, adicionados ao aporte insuficiente de conteúdos relacionados ao HIV/AIDS, conforme pontuado por grande parte das mulheres, podem justificar o fato de os serviços de saúde e os profissionais de saúde não se destacarem como as principais fontes de informação.

Entre os tipos de serviços oferecidos às mulheres nos cenários do estudo, a consulta individual, principalmente na área clínico-ginecológica, e em menor escala no pré-natal, é um tipo de atendimento no qual a maior parte das depoentes afirmou que não se constituiu num espaço de desenvolvimento de ações educativas, não só em relação ao HIV/AIDS, como também de outras doenças de transmissão sexual ou não. São poucas as referências que explicitaram condutas de caráter educativo por parte dos profissionais de saúde durante o atendimento nas consultas individuais, as quais ocorreram em função de situações variadas. Nesses casos, os depoimentos revelam abordagem superficial, pontual, e, por vezes, normativa, sem

proporcionar espaços para outros questionamentos ou reflexões para o reconhecimento de situações de risco e a adoção de medidas seguras de prevenção.

Os fatores que concorrem para esse quadro são múltiplos. Verificam-se no estudo situações pertinentes à organização dos serviços e ao comportamento dos profissionais que inviabilizam o desenvolvimento de ações educativas nesse tipo de atendimento, como a grande demanda de clientes e o tempo exíguo de cada consulta, mencionados pela maior parte das depoentes. Percebe-se que problemas de ordem estrutural nos serviços da rede básica de saúde, como o quantitativo insuficiente de profissionais para o atendimento à clientela e a carência de recursos orçamentários⁴, estabelecem-se como obstáculos à implementação de uma assistência nos moldes que foram preconizados pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na ótica da integralidade, em que se inserem as práticas de promoção e proteção à saúde, que incorporam a educação em saúde.

Por outro lado, há evidências no estudo de que a realização ou não de tais atividades está vinculada ao comportamento individual dos profissionais de saúde. Não faltam relatos evidenciando que a conduta dos profissionais no atendimento individual, especialmente os médicos, prioriza as intervenções clínicas e os procedimentos técnicos de rotina, não dando lugar a intervenções educativas. Esse tipo de prática ainda é comum nos atendimentos individuais, que implicam prejuízos para a qualidade da assistência e para a sua humanização.⁹ Num estudo com profissionais de saúde¹⁰ que atuam na rede básica de saúde num município de Minas Gerais ficou evidente tal conduta e, ainda, que reconhecem as dificuldades para promover a mudança de comportamento nas pessoas a partir de informações e práticas educativas, mas não ressaltaram que buscam estratégias para romper tal dificuldade. Há que se considerar, portanto, o despreparo dos profissionais de saúde, que nem sempre têm oportunidade de desenvolver habilidades para a ação educativa.¹¹

Apesar de identificarem essas situações que se impõem como obstáculos às práticas educativas no atendimento individual, as depoentes avaliaram, unanimemente, que o momento da consulta individual é oportuno para o desenvolvimento de ações educativas relacionadas ao HIV/AIDS. A privacidade desse momento propicia tratar de forma particularizada determinados aspectos que, em espaços coletivos de desenvolvimento de ações educativas, como reuniões e palestras, podem causar inibição ou constrangimento, especialmente na exposição de situações consideradas íntimas, nas quais as mulheres não se sentem confortáveis em torná-las públicas.

O estudo mostra que as possibilidades de desenvolvimento de ações educativas, em que possam ocorrer interações ou dialogicidade entre profissionais e a clientela feminina, estão restritas aos Programas de pré-natal e de planejamento familiar.

Isso salienta um hiato entre as práticas desenvolvidas e o que recomendam ou preceituam a Política de Assistência à Mulher e o Programa de DST/AIDS. Induz a pensar que as ações educativas não estão incorporadas ao contexto geral de assistência à clientela feminina, o que, por conseguinte, limita ou mesmo inviabiliza o acesso às referidas ações para uma parcela desse segmento que, por razões diversas, não irá utilizar os atendimentos dos programas anteriormente citados. Isso impossibilita, entre outras coisas, desconstruir ou modificar aspectos de suas representações que as mantêm em situação permanente de vulnerabilidade frente à Aids.

É importante destacar que as próprias depoentes, dentro das suas limitações de análise sobre a conjuntura de funcionamento dos serviços de saúde, apresentaram propostas de estratégias para suprir essa necessidade que, inclusive, vêm ao encontro de alternativas sugeridas pelas diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids. Isso denota que, se lhes for dada oportunidade de se posicionarem, poderão ser partícipes do processo de desenvolvimento das práticas educativas que melhor atendam às suas necessidades.

A assistência ao Pré-Natal e o Planejamento Familiar são as modalidades de atendimento em que as depoentes referiram que com mais frequência são abordados conteúdos relacionados ao HIV/AIDS. Fica claro, no entanto, que, nas atividades que integram o Programa do Pré-natal a abordagem desses conteúdos não ocorre de forma rotineira ou sistemática como no Planejamento Familiar.

Convém destacar que, em virtude do processo de feminização da Aids e do consequente aumento do risco de transmissão vertical do HIV, o Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST/AIDS, passou a estimular, a partir da segunda metade da década de 90, a oferta de teste anti-HIV acompanhada da prática de aconselhamento, no pré e pós-teste, em todos os serviços de atendimento à clientela feminina na assistência ao pré-natal.¹ A prática do aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente, que permite estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores. Pressupõe relação interpessoal profissional-cliente, com o objetivo de promover uma reflexão que possibilita o indivíduo perceber os próprios riscos, fazer escolhas conscientes e adotar práticas mais seguras.^{1,2,12,13} Verifica-se que, na assistência ao pré-natal, no âmbito dos cenários do estudo, o teste anti-HIV é oferecido sistematicamente, porém não ocorre o mesmo com o aconselhamento. Observa-se nos relatos, inclusive, que, quando o aconselhamento foi realizado, na maioria das vezes não se deu de forma plena, principalmente na modalidade individual.

Submeter-se a um exame anti-HIV, especialmente quando é o primeiro, é uma dificuldade a ser enfrentada pela mulher. É uma situação que transcende a detecção do vírus no organismo

mo, uma vez que a possibilidade do resultado positivo implica trazer à tona, e para si, as representações que são construídas e compartilhadas socialmente, especialmente aquelas que traduzem elementos negativos.

Quanto às atividades de orientação ou aconselhamento coletivas desenvolvidas na assistência ao pré-natal, observa-se no estudo que essas práticas nem sempre integram as ações dirigidas para as gestantes. No estudo sobre aconselhamento coletivo em uma unidade básica de saúde, as autoras¹⁴ também constataram a ausência desse tipo de prática. Observa-se, ainda, que, quando fizeram referência a essas atividades, as depoentes deixaram evidente que elas se distinguem, tanto na sua finalidade como nos conteúdos abordados, daquelas que são realizadas em outros locais de atendimento à clientela. Nos cenários do estudo, as reuniões ou grupos de gestantes, como são citadas nos depoimentos, têm caráter informativo acerca da rotina do atendimento, como o número de consultas, marcação de exames, entre outros procedimentos. Resultado semelhante é encontrado na pesquisa sobre a percepção dos usuários acerca do aconselhamento.² As autoras afirmam que, “nesses serviços, normalmente as orientações são repassadas de forma prescritiva, desconsiderando os saberes pessoais e a cultura local”.²

Ao falar sobre os exames, os profissionais de saúde mencionam a oferta do teste anti-HIV, pontuando o seu caráter opcional e, por vezes, enfatizando a sua importância para a prevenção da transmissão vertical do HIV. São raros os pronunciamentos em que temas relacionados à infecção pelo HIV e suas implicações para a mulher e a criança são abordados de modo detalhado, como ocorre em outros serviços ou modalidades de atendimento, a exemplo do planejamento familiar.

As reuniões do planejamento familiar são as atividades mais citadas nas quais ocorrem essas práticas educativas, conduzidas em sua maioria por assistentes sociais. Conforme verbalizado pelas depoentes, os profissionais “falam” ou “explicam” ou “ensinam” sobre várias questões relacionadas ao HIV/AIDS, principalmente em relação às formas de transmissão e às medidas de prevenção do HIV, especialmente no tocante à transmissão sexual. Depreende-se que as estratégias empregadas nessas atividades privilegiam a transmissão de informações (enfoque tradicional da educação), em detrimento de métodos com enfoque participativo e dialógico que venham a favorecer a troca de informações e experiências, assim como a exteriorização de crenças, valores, representações e, ainda, a reflexão e a conscientização sobre situações de risco para tomadas de decisão na adoção de práticas preventivas.

O modelo “tradicional” de educação tem sua eficácia prejudicada quando os objetivos são o estímulo à reflexão, à conscientização dos riscos e à mudança de atitudes e comportamentos.^{3,5,14} Estudiosos do assunto^{5,9,15-17} têm constatado que a introdução de conhecimentos, mesmo em níveis satisfatórios,

não resultam, necessariamente, nos resultados esperados, principalmente mudanças de comportamento que visem à adoção de medidas para a prevenção da infecção, conforme é também observado neste estudo.

Esses fatores, entre outros, justificam a proposta de que, na condução das práticas educativas, devam ser utilizados métodos ou estratégias dialógicas que possibilitem às mulheres aprenderem e apreenderem, tanto os conhecimentos mais elementares como os mais complexos, mas, principalmente, que favoreçam ou motivem o questionamento desses conhecimentos. A equipe de saúde, então, tem papel relevante ao considerar a importância do exercício do diálogo, da pertinência do universo cultural e também do incentivo ao posicionamento crítico e à reflexão dos usuários acerca da realidade social.⁵

Falar para as mulheres, de maneira isolada ou descontextualizada, que reduzir o número de parceiros sexuais é uma forma de prevenção, conforme mencionado em alguns depoimentos, é dar-lhes a certeza de que se enquadram perfeitamente no que foi recomendado, uma vez que possuem relação monogâmica e estável, como observado na caracterização dos sujeitos do estudo, contribuindo, assim, para a manutenção do seu estado de vulnerabilidade.

Por falta de ajuda ou orientação, algumas mulheres criam suas próprias estratégias para se protegerem com seus companheiros, como fornecer o preservativo caso ele venha a ter relação extraconjugal. Os depoimentos revelam que essas mulheres, em algum momento, se perceberam expostas ao risco da infecção pelo HIV, no âmbito de suas relações conjugais, e que as condutas por elas adotadas foram fruto de um processo solitário, não compartilhado e pouco confortável. Informa, também, a dificuldade que as mulheres têm em discutir ou negociar com seus parceiros algumas condições do relacionamento afetivo e sexual. No estudo sobre a representação da sexualidade feminina e sua relação com a prevenção do HIV/AIDS¹⁸, apurou-se que a desculpa ou a camuflagem são recursos necessários às mulheres para que possam tratar dessas questões com seus parceiros, diante da falta de condições emocionais e/ou qualquer forma de apoio, inclusive institucional. Isso mostra a importância de se promoverem espaços para a exposição das suas vivências, contribuindo para a crítica e a reflexão sobre os seus conflitos e dificuldades na abordagem com seus parceiros das questões que as mantêm vulneráveis.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS CONSTITUÍDAS PELAS USUÁRIAS

Várias situações presentes no estudo mostram que a prática da educação bancária e o sentido da educação nela inscrita constituem um modelo comumente empregado nas atividades educativas desenvolvidas no âmbito dos cenários do estu-

do. Os discursos revelam situações nas quais se observa que o conteúdo transmitido foi assimilado, porém, pela ausência de discussão, de troca de experiências, de interação durante a atividade educativa, o grupo não consegue aplicá-lo numa situação real de vida e, por conseguinte, continua mantendo suas crenças, concepções, imagens e conceitos que integram as suas representações sociais. Os cuidados que devem ser adotados especialmente nas práticas de saúde constituem um exemplo típico. A maioria do grupo mostra saber que os materiais como seringas, agulhas, entre outros, devem ser de uso único; que o sangue e hemoderivados devem ser analisados e controlados antes de serem transfundidos. No entanto, consideram-se sempre suscetíveis à infecção pelo HIV caso tenham que se submeter às práticas de saúde que envolvam tais condições, na medida em que desconhecem como agir diante de tais situações. Assim, são sempre vítimas circunstanciais dos profissionais ou dos serviços de saúde, aos quais atribuem atitudes e comportamentos irresponsáveis que promovem a exposição das pessoas.

Ao final da década de 50, novas ideias sobre as práticas de educação em saúde foram introduzidas no país, trazendo concepções diferentes do modelo até então vigente, ganhando destaque no âmbito da atenção à saúde da mulher.

O PAISM trouxe uma proposta diferenciada de assistência à saúde da mulher, numa perspectiva de integralidade da assistência, incluindo a prática educativa no atendimento a esse segmento da população. O enfoque da educação participativa foi adotado nesse programa para as abordagens individual e coletiva, visando assegurar um espaço para as mulheres expressarem suas dúvidas, inquietações e medos e que propiciasse a troca de informações e experiências baseadas nas suas vivências. Para o desenvolvimento dessas práticas ocorreram investimentos em treinamentos para os profissionais, por meio de cursos e manuais de orientação.¹⁹

Apesar de todo investimento, tanto nas metodologias da educação que foram incorporadas aos programas de saúde como na qualificação dos profissionais para o desenvolvimento desse tipo de atividade, constata-se nesse trabalho, a partir dos conteúdos discursivos analisados, que há importante lacuna entre as práticas efetivadas nos serviços e as recomendações ou preceitos constantes das ações programáticas às mulheres no que diz respeito às ações educativas, em especial no tocante às questões relacionadas ao HIV/AIDS.

Essa informação também é citada por autores^{4,5,20} que têm estudado as práticas de educação para a saúde destinadas principalmente à prevenção da infecção pelo HIV. Portanto, ainda que possa parecer paradoxal, avalia-se que os serviços e os profissionais de saúde que deveriam promover a redução da vulnerabilidade das mulheres frente à AIDS na maioria das vezes acabam contribuindo para a perpetuação dessa mesma vulnerabilidade.

Os modos como são abordadas as questões relacionadas ao HIV/AIDS nos serviços de saúde, associados às estratégias

para a difusão de informações e orientações de cunho educativo voltadas, em grande parte, para a sua prevenção, vêm também contribuindo na configuração do posicionamento das mulheres do estudo quanto às práticas educativas. Dito de outra forma, o que se avalia nessa situação é que as experiências com essas práticas educativas determinam a sua representação social no grupo estudado.

As relações entre representações e práticas ainda se constituem em objeto de discussão no campo das representações sociais. Alguns estudiosos^{21,22} advogam que essas relações não têm determinação unidimensional, isto é, são indissociavelmente ligadas e interdependentes. No entanto, é defendido que as práticas determinam as representações em situações nas quais os sujeitos se engajam em práticas resultantes de características do ambiente físico ou material ou também por dependência a um tipo de relação ou poder social.²¹ É nessa concepção que se entende que estão construídas as representações sociais das práticas educativas no grupo estudado.

As estratégias educativas na esfera da educação geral ou formal no nosso país foram, por muito tempo, desenvolvidas tendo por base referenciais ou teorias pedagógicas classificadas como teorias não críticas,^{5,23} que privilegiam a transmissão de conhecimentos e as mudanças de comportamento. Esses referenciais teóricos foram incorporados no âmbito da educação em saúde, sendo reproduzidos nas práticas educativas. Neste estudo, foram agregados no que se denominou de modelo ou enfoque tradicional, o que por muito tempo constituiu o único modelo dessas práticas e que, atualmente, ainda integra parte das intervenções preventivas de caráter educativo, mesmo após a introdução de outras abordagens com enfoque crítico-reflexivo.

Ainda que órgãos oficiais e outras instâncias de poder instituam ou recomendem o uso de outras abordagens pedagógicas no âmbito da educação, seja na educação formal ou no campo da saúde, conforme abordado anteriormente, o desenvolvimento das práticas tem como ator principal quem as realiza. Esse ator, por sua vez, agrega suas ideologias e representações e imprime a sua autoridade, impondo o seu modo de fazê-las. É importante destacar que as ações de controle e, especialmente, de prevenção da AIDS, de caráter educativo, são práticas instituídas e oferecidas à clientela, não sendo, portanto, na maior parte das vezes, oriundas da necessidade ou desejo dessa clientela.

Torna-se compreensível, portanto, por que no grupo estudado as práticas educativas são representadas como “dar”, “passar” e “transmitir” informações ou orientações e, ainda, “falar sobre AIDS”, principalmente “como se pega e como se previne”. Nos conteúdos da representação os indivíduos ou sujeitos dessas ações educativas são colocados numa posição passiva, como meros receptores de informações. Para o grupo estudado, as informações divulgadas principalmente nos meios de co-

municação de massa e nos serviços de saúde são “poucas”, “insuficientes” e, até mesmo, “precárias”. Dessa forma, devem ser mais disponibilizadas para que as pessoas “possam se prevenir”, o que configura, inclusive, que possuem uma concepção de que obter conhecimento/informação implicará, necessariamente, a mudança de comportamento.

As ações educativas na forma como são representadas (dar/receber informação) são destacadas pelo grupo, de maneira unânime, como necessárias, importantes e, também, como o principal instrumento para o controle e a prevenção do HIV/AIDS. Assim, devem ser realizadas em vários lugares, especialmente na televisão e nos serviços de saúde da rede básica. Apesar de considerarem as intervenções educativas necessárias e importantes para todos os indivíduos, inclusive para elas próprias, as depoentes avaliaram que devem ser mais direcionadas para as pessoas, como homens, mulheres e, principalmente, os adolescentes, que não se informam e, portanto, não se previnem. Observa-se aí uma intercessão com um aspecto da representação social da AIDS, conforme construída pelo grupo, influenciando na representação das práticas educativas, ou seja, se a AIDS é algo que pertence ao “outro”, é sobre ele que essas práticas devem incidir de maneira mais ostensiva.

É interessante argumentar que nessa representação social estabelece-se uma relação que se apresenta da seguinte forma: práticas-representação-práticas. Isso significa que a representação social das práticas educativas, construídas a partir do modo como essas práticas ocorrem e são vivenciadas pelo grupo, refletem, por outro lado, o que o grupo pensa em relação ao modo como deverão ser realizadas, em termos de estratégias. Verifica-se nos discursos que as estratégias por elas sugeridas com mais frequência, como fôlderes e cartazes educativos, reuniões e, principalmente, palestras, são as formas mais comuns utilizadas nas referidas práticas. Entretanto, o mesmo não ocorre com os agentes da educação ou profissionais de saúde que participam das ações educativas, no âmbito dos cenários do estudo. Em relação a esse aspecto, infere-se, pelos relatos, que as assistentes sociais se destacam entre os outros profissionais como sendo as que mais participam ou realizam as atividades educativas. Por outro lado, no imaginário do grupo, são os médicos, em especial os ginecologistas, os mais adequados para tal, justificado pelo fato de ser o profissional que “conhece o corpo da mulher” e “sabe das DSTs”. No entanto, há que se considerar que existe, também, uma representação social do profissional médico, carregada de simbolismo e significados, nos quais imputam à categoria profissional mais domínio sobre o saber científico no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das ações educativas não se constituírem em um objeto novo de investigação, considera-se que a originalidade do presente estudo está em analisar essas ações na perspecti-

va das representações sociais e, exclusivamente, a partir das representações construídas pelas usuárias dos serviços de saúde.

O referencial teórico metodológico mostrou especial pertinência para a condução do estudo e para a análise das questões inerentes ao HIV/AIDS e das práticas educativas, por incorporar fenômenos psicossociais que refletem a construção dos conhecimentos do senso comum, que funcionam na orientação da ação e da comunicação na vida cotidiana. Destacou, ainda, a sua pertinência como referencial para ser utilizado em ações político-pedagógicas voltadas para a transformação social.

Quanto a esse aspecto, os resultados deste estudo levam a reafirmar que, ao pensar e operacionalizar as intervenções educativas no âmbito da AIDS, não podem ser desconsideradas as representações dos indivíduos e grupos ou usuários dos serviços de saúde, haja vista que essas representações envolvem saberes que comportam conceitos, proposições, valores, crenças, estereótipos e outros elementos que são compartilhados pelo grupo social. No contexto dos fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, como é o caso do HIV/AIDS, esses saberes são independentes da lógica do conhecimento científico, ainda que aspectos de estudos científicos neles possam estar inseridos, portanto, é um tipo de saber que tem suas particularidades e não pode, ou não deve, ser desconsiderado ou desvalorizado.

Há, dessa forma, que se advertir que utilizar essa perspectiva teórica na operacionalização das práticas educativas relacionadas ao fenômeno do HIV/AIDS implica não só identificar as representações sociais do mesmo, mas também as representações de outros objetos ou fenômenos, assim como a sua dinâmica de constituição e transformação, que interferem nos aspectos anteriormente sugeridos.

Por fim, avalia-se que o campo teórico que abre a possibilidade de se trabalhar com representações sociais na educação em saúde pode significar tanto a superação da visão científicista como um significativo avanço em termos da compreensão da complexidade de que se revestem as questões relacionadas à saúde, em especial a AIDS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: DF; 2010.
2. Barroso LMM, Soares AP, Soares BC, Araújo MAL, Silva DMA. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti HIV em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. Espaço Saúde. 2010; 12(1): 23-9.
3. Assis M. Educação em Saúde e Qualidade de Vida: para além dos modelos, a busca da comunicação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1998.
4. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva; 2001.
5. Guedes HHS, Stephan-Souza AI. A educação em saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao hiv/aids: o papel da equipe de saúde. Rev APS. 2009; 12(4): 388-97.

6. Moscovici S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
 7. Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
 8. Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis: Vozes; 2002.
 9. Vieira EM. A medicalização do Corpo Feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
 10. Souza MCM, Freitas MIF. Representações de profissionais da atenção básica sobre hiv/aids. REME – Rev Min Enferm. 2009; 13(4):499-505.
 11. Oliveira ARS, Prado ML. Aconselhamento em HIV/aids: uma prática educativa. REME - Rev Min Enferm. 2007; 11(1): 61-5.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica. Brasília, DF: MS; 2010.
 13. Simões Barbosa RH, Vermelho LL. AIDS: um desafio para a saúde coletiva. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: MS; 2004.
 14. Araújo MAL, Vieira NFC, Araújo CLF. Aconselhamento coletivo pré teste anti hiv no pré natal: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde. Rev Baiana Saúde Pública. 2009; 33(2): 122-35.
 15. Matos DG. Escravos do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Editora Universidade de Brasília, Finatec; 2005.
 16. Parker RG. A AIDS no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ; 1994.
 17. Paulilo MAS. AIDS: os sentidos do risco. São Paulo: Veras; 1999.
 18. Guimarães K. Nas Raízes do Silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/Aids. In: Parker R, Galvão J. Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/ UERJ; 1996. p.96.
 19. Silva SMB, Barros SR. CTA: contextualizando a sua história. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 20. Szapiro AM. O outro da prevenção. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Brasília: Programa Nacional de DTS / AIDS / Secretaria de Vigilância em Saúde / MS; 2004.
 21. Abric J-C. Práticas Sociales y representaciones. Paris: Presses Universitaires de France, México: Ediciones Coyoacán; 1994.
 22. Oliveira DC. A Promoção da Saúde da Criança: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1996.
 23. Mizukami MGN. Ensino: as abordagens do processo. São Paulo: EPU; 1986.
-