

Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Serviço Social

Dissertação de Mestrado

Heloisa Helena da Silva Guedes

**O DESAFIO DA PREVENÇÃO EM HIV/AIDS:**

**um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência em Juiz  
de Fora/MG**

**Juiz de Fora**

**2010**

**Heloisa Helena da Silva Guedes**

**O DESAFIO DA PREVENÇÃO EM HIV/AIDS:**

**um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência em Juiz de Fora/MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Auta Iselina Stephan de Souza

**Juiz de Fora**

**2010**

## **Agradecimentos**

Neste momento especial de agradecimento por mais esta conquista em minha carreira como Assistente Social, agradeço primeiramente à Deus, por ter me dado forças nesta longa caminhada.

Aos meus pais, José e Margarida, que sempre torceram por mim e me incentivaram a cursar o Mestrado.

À professora Auta, minha orientadora, meu eterno carinho e admiração. Sem seus ensinamentos e paciência este trabalho não seria possível.

À professora Leda, que compõe minha banca e que tão generosamente compartilha seu saber.

Ao professor Stotz, que tão gentilmente aceitou meu convite para vir do Rio de Janeiro compor a banca. Seus escritos foram fundamentais para o desenvolvimento da discussão ora tratada.

Aos amigos, companheiros de Mestrado, a saudade dos dias de convívio, mas a certeza de que nos encontraremos, quem sabe, no doutorado.

Ao próprio Mestrado, pela oportunidade de aprofundar meus conhecimentos e me abrir o horizonte para tantos outros.

Por último, mas não menos importante, agradeço com um afeto especial ao amor da minha vida – Ronaldo – por ser quem é e me fazer feliz a cada dia.

Com carinho,

Heloisa

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de forma tal que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática"

Paulo Freire

## **Resumo**

O presente trabalho discute as práticas de saúde desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento, tendo por cenário a experiência de Juiz de Fora/MG, considerado segundo município de Minas Gerais com o maior número de casos. Discute-se as práticas desenvolvidas, em especial as de cunho educativo, uma vez que, a aids no Brasil e no mundo configura-se numa epidemia que necessita de práticas de saúde de longo alcance, que visem não apenas o aspecto biológico da doença – a infecção pelo vírus HIV – mas também incorpore a influência de aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida dos indivíduos que carregam o vírus ou estão sujeitos a ele.

O estudo aponta que, para controle da aids, o governo brasileiro disponibiliza ações e serviços de saúde visando abarcar a sociedade como um todo. Assim, o estudo em questão torna-se relevante, na medida em que descortina como se materializam as práticas de saúde para enfrentamento da epidemia e no que elas contribuem para contenção do avanço da doença.

Palavras-chave: práticas de saúde, educação em saúde, HIV/AIDS, promoção e prevenção da saúde, informação, diálogo, qualidade de vida, direito à saúde.

## **ABSTRACT**

This article discusses the health practices designed to combat the epidemic with a view to prevention, health promotion and treatment adherence, with the background of experience in Juiz de Fora / MG, considered second city of Minas Gerais with the largest number of cases. It discusses the practices developed, especially with an educational, as, AIDS in Brazil and the world presents itself in an epidemic that requires health practices long-range, aiming not only the biological aspect of the disease - the HIV virus - but also incorporates the influence of social, cultural and economic life of the present in individuals who carry the virus or are subject to it.

The study shows that to control AIDS, the Brazilian government provides health services and actions aimed at encompassing society as a whole. Thus, the study in question becomes relevant in that it reveals how they materialize health practices to combat the epidemic and what they contribute to containment of disease progression.

Keywords: health practices, health education, HIV / AIDS, health promotion and prevention, information, dialogue, quality of life, right to health.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**
- CEMAT – Centro Metodista e Assistência aos Toxicômanos**
- COMPA – Comissão Municipal de Prevenção da AIDS**
- COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico**
- CDDH – Centro de Defesa de Direitos Humanos**
- CAS – Centro de Atenção à Saúde**
- CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento**
- CT-DST – Centros de Treinamento em DST**
- CIAIDS – Comissão Interinstitucional da Aids**
- DST – Doença Sexualmente Transmissível**
- DSSDA – Departamento de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental**
- ESF – Estratégia de Saúde da Família**
- Grupo CASA – Centro de Apoio e Solidaried’Aids**
- GEDAE – Grupo Espírita de Apoio ao Enfermo**
- GIV – Grupo de Incentivo à Vida**
- HU – Hospital Universitário**
- HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)**
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**
- INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social**
- LOS – Lei Orgânica da Saúde**
- MG – Minas Gerais**
- MGM – Movimento Gay de Minas**
- MS – Ministério da Saúde**
- NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**
- ONG – Organização Não Governamental**
- OMS - Organização Mundial de Saúde**
- PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST/AIDS**
- PM-DST/AIDS – Programa Municipal de DST/AIDS**
- PJF – Prefeitura de Juiz de Fora**

**POA – Plano Orçamentário Anual**

**PAM – Plano de Ações e Metas**

**RD – Redução de Danos**

**SAE – Serviço de Assistência Especializada**

**SSSDA – Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental**

**SICLOM – Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos**

**SES – Secretaria de Estado da Saúde**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**TARV – Tratamento Antirretroviral**

**UTI – Unidade de Terapia Intensiva**

**UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais**

**UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora**

**UBS – Unidade Básica de Saúde**

**VDRL – Venereal Disease Research Laboratory (teste para detecção de sífilis)**



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I – O enfrentamento do(a) HIV/AIDS no Brasil e em Juiz de Fora: as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência para combate da epidemia</b> .....	<b>19</b>
<b>1.1 – A epidemia de HIV/AIDS na realidade brasileira: as práticas de enfrentamento adotadas</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2 – Cuidado em HIV/AIDS: o desafio da adesão ao tratamento e a garantia da promoção e prevenção à saúde</b> .....	<b>37</b>
<b>1.3 – O enfrentamento da aids em Juiz de Fora: das primeiras práticas à implementação do Programa Municipal de DST/AIDS</b> .....	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO 2 – Práticas de saúde e práticas educativas: a contribuição da Educação em Saúde e da Educação Popular no cuidar</b> .....	<b>64</b>
<b>2.1 – O fazer em saúde: conceituando práxis, prática em saúde e prática educativa em saúde</b> .....	<b>65</b>
<b>2.2 - Conteúdos formadores da prática educativa em saúde no Brasil: o papel da Educação em Saúde e da Educação popular</b> .....	<b>75</b>
<b>2.3 - A prática educativa e sua relação com a Informação, Participação, Acesso e Assistência/cuidado integral</b> .....	<b>93</b>
<b>CAPÍTULO 3 – As práticas de saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG: limites e possibilidades da prevenção e promoção da saúde</b> .....	<b>104</b>
<b>3.1 - Representações Sociais: caracterizando a opção adotada</b> .....	<b>105</b>
<b>3.2 – O percurso metodológico</b> .....	<b>107</b>
<b>3.2a - Os sujeitos e o cenário da pesquisa</b> .....	<b>108</b>
<b>3.2.b – Instrumento de coleta de dados e análise</b> .....	<b>112</b>
<b>3.3 – O olhar do Profissional de saúde sobre as práticas desenvolvidas em HIV/AIDS no Município de Juiz de Fora</b> .....	<b>115</b>
<b>3.4 – Limites e possibilidades das práticas em Saúde desenvolvidas nos serviços de referência em HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG</b> .....	<b>145</b>
<b>TECENDO ALGUMAS CONCLUSÕES</b> .....	<b>166</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>174</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>182</b>

## INTRODUÇÃO

A aids<sup>1</sup> no Brasil e no mundo configura-se numa epidemia que necessita de práticas de saúde de longo alcance, que visem não apenas o aspecto biológico da doença – a infecção pelo vírus HIV – mas também incorpore a influência de aspectos sociais, culturais e econômicos presentes na vida dos indivíduos que carregam o vírus ou estão sujeitos a ele.

Dados do Ministério da Saúde apontam que o perfil da epidemia tem mudado nos últimos anos, alcançando especialmente a população jovem, feminina, inserida em uma faixa econômica baixa, deixando a metrópole e chegando ao interior. Conhecida como a doença dos grandes centros, atualmente a aids tem caminhado para um processo de interiorização, emplacando índices preocupantes de aumento de sua incidência, como é o caso do município de Juiz de Fora em Minas Gerais.

No trato da aids, dadas as novas características de seu perfil, o cuidado não mais comporta uma visão restritiva de "grupo de risco", nem tampouco práticas que reforcem o estigma e a culpabilização; mas práticas que remontam a um cuidado integral, preocupado com a promoção, a prevenção e a qualidade de vida da população em geral e não apenas daquela afetada pelo vírus, numa perspectiva também educativa.

A saúde é um direito de todo cidadão e um dever do Estado, estruturado 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. E, sendo a saúde concebida desta forma, os serviços de saúde precisam estar preparados para acolher as demandas e desvendar necessidades apresentadas por seus usuários. No caso da produção do cuidado em HIV/AIDS, as práticas de saúde e, dentro delas, as práticas educativas, devem respeitar os princípios como universalidade, equidade, preservação da autonomia, direito à

---

<sup>1</sup>Durante reunião da Comissão Nacional de Aids em 2001, tomou-se a seguinte deliberação: a palavra aids será considerada como substantivo comum, recebendo grafia em caixa baixa, quando se tratar de epidemia. Terá caixa baixa e alta quando for nome de um setor, título, etc. Já quando a palavra estiver entre outras siglas, e estas estiverem grifadas em caixa alta, a palavra aids seguirá a mesma regra. Neste trabalho, considera-se este padrão adotado pelo Ministério da Saúde.

informação, integralidade, dentre outros, fortalecendo um cuidado integral, advindo de um fazer profissional diferenciado do cuidado dispensado nos primeiros anos da epidemia: estigmatizante, pautado na doença e na morte.

Ao longo destes 30 anos de epidemia, percebeu-se que práticas em saúde já consagradas, como consultas, exames diagnósticos, internações, prescrições de medicação, palestras, entre outras, necessitam ser desenvolvidas tendo em vista a perspectiva educativa que fomenta no indivíduo a autonomia para com o cuidado, autonomia esta que só poderá ser vislumbrada concretamente a partir de uma prática calcada nos preceitos da educação em saúde mais ampla.

O viés educativo como parte integrante das práticas desenvolvidas – viés pautado no educar amplo, crítico – possui papel relevante na promoção da saúde ao desencadear um processo de cuidado voltado para a resolução conjunta dos problemas de saúde, para além dos aportes higienistas, uma vez que pode facilitar o processo de capacitação dos grupos para resolução das questões pertinentes ao processo saúde-doença e defesa incontestante do direito à saúde, especialmente no que concerne ao enfrentamento da aids.

A escolha pela discussão das práticas em saúde voltadas ao cuidado em HIV/AIDS não se deu de forma aleatória, mas por duas razões consideradas importantes: *a primeira razão* diz respeito à experiência acumulada na graduação, pós e docência e a *segunda razão*, em virtude da incidência alarmante da epidemia em Juiz de Fora, considerado segundo município de Minas Gerais com o maior número de casos.

A aproximação com a temática HIV/AIDS iniciou-se ainda na graduação, através do estágio de dois anos (2001-2002) em uma Unidade de Saúde da Família<sup>2</sup>, em que foram desenvolvidas ações de Educação em Saúde em diversas frentes, como no atendimento individual, na sala de espera, na visita domiciliar, no atendimento em grupo – este o mais marcante, pelo desenvolvimento do Projeto “DST/AIDS: Na Mira da Prevenção”, que discutia a temática com adolescentes e adultos no sentido de prevenção e promoção da saúde da população em geral e não apenas do usuário acometido por tal patologia.

Na pós-graduação, através do “Programa de Residência em Serviço Social do Hospital Universitário/HU-UFJF”, foi possível dar continuidade ao projeto no ambiente hospitalar, uma vez que o HU é referência<sup>3</sup> em aids para Juiz de Fora e Região. Foram dois anos (2003-

---

<sup>2</sup> UBS Olavo Costa

<sup>3</sup> Comportando enfermaria, ambulatório e Hospital Dia, este, desenvolvido hoje na unidade CAS.

2004) desenvolvendo este trabalho junto aos usuários (portadores ou não), familiares e responsáveis. Dessa experiência resultou o estudo “Na Mira da Prevenção: uma experiência de Educação em Saúde no contexto do HU/UFJF”, em monografia do Curso de Especialização. Ao fim da Residência, ingressando como professora substituta na Faculdade de Serviço Social/UFJF entre os anos de 2005-2008 foi possível continuar os estudos a partir da orientação de trabalhos acadêmicos. Tanto na graduação quanto na pós-graduação e, mesmo na condição de docente, uma das principais questões que me inquietavam e que despertaram o interesse em trabalhar e estudar o(a) HIV/AIDS dizia respeito à necessidade de conhecer o significado do cuidado propiciado à população e, a partir dele, pensar se as práticas de saúde contribuíam para o desenvolvimento de um cuidado integral pautado nos determinantes sócioeconômicos e culturais que a atenção à saúde em HIV/AIDS demanda.

Uma questão fundamental suscitava a compreensão se a prática educativa com base na Educação em Saúde seria o aporte essencial presente nos projetos de intervenção supracitados e desenvolvidos na atenção básica e na alta complexidade.

A *segunda razão* considerada preponderante para a proposta deste estudo sobre as práticas em saúde tendo por eixo o(a) HIV/AIDS diz respeito às novas configurações – não mais de “grupo de risco”, mas de “vulnerabilidade social” evidenciadas no perfil de pauperização, juvenização, feminização e interiorização – que os mesmos têm apresentado na realidade brasileira e em municípios como o de Juiz de Fora, considerado o segundo com maior número de casos em Minas Gerais, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

A aids apresenta-se como problema de saúde pública e, atualmente, a feminização, a juvenização e a interiorização são características marcantes, para além do perfil consagrado na década de 1980 de acometimento apenas em grupos de risco. 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, coloca-se a importância do desenvolvimento de práticas educativas em saúde promotoras de um cuidado integral, 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 de população em geral –

homens, mulheres, adolescentes, idosos – e não mais restrito a determinado segmento da sociedade.

Para controle da aids, o governo brasileiro disponibiliza ações e serviços de saúde visando abarcar a sociedade como um todo. As ações materializam-se através das campanhas educativas vinculadas nos meio de comunicação de massa, especialmente em datas significativas, como carnaval e 1º de dezembro – Dia Mundial de Combate à Aids – que seguem o calendário nacional, e em ocasiões de eventos locais, como o Rainbow Fest<sup>4</sup>, que acontece anualmente em Juiz de Fora.

Quanto aos serviços de saúde, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de DST/AIDS, descentralizado no Programa Municipal de DST/AIDS, há uma rede estruturada<sup>5</sup> que perpassa todos os níveis de atenção, com frentes de trabalho desde a atenção básica, passando pelas unidades intermediárias, até a alta complexidade e, como parte integrante da atenção dispensada aos portadores do vírus, é disponibilizado o tratamento antirretroviral, comumente chamado coquetel.

Vale ressaltar que o Programa Municipal de DST/AIDS possui diversos elementos fundamentais que objetivam o cuidado integral em saúde, dentre os quais: a promoção, proteção/prevenção; e o diagnóstico e a assistência. Logo, conciliando estes dois aspectos, o programa apregoa, para além do cuidado tradicional – consultas, exames, coquetel – o desenvolvimento de atividades educativas não apenas para a população acometida, mas para todo segmento da sociedade, com vistas à promoção da saúde. Assim, se o conteúdo integral preconizado pelo programa aparece como elemento importante no cuidado em HIV/AIDS, torna-se relevante estudar como se materializam as práticas de saúde para enfrentamento da epidemia e no que elas contribuem para contenção do avanço da doença.

Com o aumento dos casos de HIV/AIDS no Brasil, a presente dissertação teve por *objeto* de estudo “*a análise das práticas de saúde desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento*”, tendo por cenário a experiência de Juiz de Fora/MG. Do início dos anos 1980 até meados de 1986, as

---

<sup>4</sup>O Rainbow Fest é um evento organizado pela ONG MGM (Movimento Gay de Minas) que luta contra a homofobia, sendo realizado anualmente, com uma programação variada que envolve palestras, seminários, exposições, peças de teatro, mostra de vídeos e cinema e varias festas durante a semana, terminando com uma parada no sábado.

<sup>5</sup> UBSs; Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA; Serviço de Assistência Especializada/SAE; Hospital Universitário/Centro de Atenção à Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora/HU-CAS; rede disponível em Juiz de Fora respectivamente.

ações em HIV/AIDS no Brasil eram desenvolvidas sem uma diretriz nacional que regulasse as frentes de combate.

A partir de 1986, com apoio técnico-financeiro da Organização Mundial de Saúde/OMS através dos Programas “Global de Aids” e “Especial de Aids”, o programa sistematizado de combate à aids em solo brasileiro começou a tomar forma. Em 1988, foi criado o Programa Nacional de DST/AIDS/PN-DST/AIDS, com a preocupação e compromisso de estabelecer normas para tratamento e prevenção da epidemia, iniciando o processo de fortalecimento do setor de vigilância epidemiológica e sistema de informação para notificação dos casos. (SSSDA, 2009, sp).

Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), o PN-DST/AIDS está alicerçado em três objetivos gerais na condução de suas práticas: 1 - reduzir o índice de contaminação por DSTs e HIV/AIDS; 2 - melhorar o acesso e a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em HIV/AIDS; 3 - dar apoio sistemático às instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs/AIDS.

A epidemia, que chega à realidade brasileira nos anos 1980, trouxe a urgência de reformulação das prioridades dos programas em saúde, uma vez que respostas paliativas ou coercitivas não foram capazes de conter o avanço da doença. Criado em 1988 para dar respostas à epidemia, o Programa Nacional de DST/AIDS, alocado no nível federal, não conseguiu abarcar as complexidades locais apresentadas pela aids, sendo necessário avançar na sua descentralização, implantando o Programa Municipal de DST/AIDS nos cidades como é o caso de Juiz de Fora/MG.

No tocante ao cuidado em HIV/AIDS, o município é considerado referência por possuir uma rede de atendimento estruturada e resolutiva dentro de sua capacidade instalada. Apesar de o Programa Municipal de DST/AIDS ter sido implantado em Juiz de Fora a partir de 1995, sua intervenção no trato da epidemia data ainda dos anos 1980. Segundo o Departamento de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/DSSDA de Juiz de Fora, dados da Vigilância Epidemiológica da época apontavam que, de 1986 a 1998, Juiz de Fora já despontava como a “cidade com maior índice de registros no estado – ocorrendo em indivíduos com idade entre 20 e 34 anos, [sendo o] maior número de casos (...) [em] pessoas ‘sob o efeito de drogas’ (...)” (SSSDA, 2009, sp).

O grande desafio do Programa é dar respostas mais efetivas para conter o avanço da doença já que, segundo dados do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde,

Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/DSSDA (SSSDA, 2009), atualmente, o município é considerado o segundo com a maior incidência do vírus em Minas Gerais.

Diante do quadro sanitário, uma questão fundamental ficou latente, abrindo espaço para o interesse em estudar as práticas em HIV/AIDS: – “*com o aumento dos casos de aids no Brasil e em Juiz de Fora, que práticas são desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento?*” –; uma vez que, apesar de Juiz de Fora possuir uma rede estruturada de atendimento, ofertando cuidado em praticamente todos os níveis, ainda não conseguiu aplacar o avanço da epidemia.

A partir do *objeto* “as práticas de saúde desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento”, o presente trabalho teve por *objetivos geral e específicos* analisar o enfrentamento do(a) HIV/AIDS no Brasil a partir das práticas de saúde desenvolvidas para enfrentamento da epidemia; suas características na atualidade e a emergência dos programas Nacional e Municipal de DST/AIDS. Para fomento à discussão da importância da prevenção e promoção da saúde nas práticas de enfrentamento voltadas ao(à) HIV/AIDS, também passou a ser objetivo deste trabalho o estudo do conceito de prática de saúde, de prática educativa, destacando a contribuição da educação em saúde e da educação popular no fazer e pensar a prática ampla em saúde.

O cenário escolhido como pano de fundo para discussão das práticas em saúde voltadas ao enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG foi composto por quatro serviços públicos de saúde, abrangendo os três níveis de complexidade da atenção à saúde em HIV/AIDS no município: a UBS com ESF (Estratégia de Saúde da Família) Olavo Costa; o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento); o SAE (Serviço de Assistência Especializada); o Hospital Universitário/HU-CAS. Além da esfera pública, também foi contemplada neste estudo a experiência das entidades filantrópicas como a do Grupo CASA, já que, em se tratando de combate à epidemia, a existência e participação desse segmento na luta pelos direitos de todos à prevenção, em especial dos portadores de HIV/AIDS, fazem desses espaços parceiros na promoção da saúde.

O intuito de vislumbrar a existência de práticas educativas nos três níveis e no universo das entidades refere-se à visão de totalidade e apreensão das particularidades que envolvem cada complexidade e cada espaço passível de promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A visão de totalidade faz-se importante na avaliação de práticas de saúde

voltadas ao(a) HIV/AIDS, já que instiga a buscar a essência e não a aparência dos fatos. Dentre as práticas desenvolvidas por estes serviços, buscou-se captar a existência do caráter educativo do cuidado que, para enfrentamento da epidemia, necessita ser compartilhado por todos os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde.

Para a concretização deste estudo que tem por objeto a análise das práticas de saúde em HIV/AIDS, optou-se pelo referencial das *Representações Sociais*, uma vez que o trato do(a) HIV/AIDS agrega diversas estratégias para seu enfrentamento, envolvendo diferentes concepções de mundo e juízos de valor que, imbricados nas práticas de saúde, podem desencadear processos pedagógicos diversificados, indo desde a visão apenas biológica da doença (propagação do vírus) até sua percepção como construção social (englobando aspectos como preconceitos, limites ao acesso ao tratamento, direito à qualidade de vida).

O sentido de Representação Social adotado neste estudo está ancorado no debate engendrado por Moscovici (1978) e corroborado por autores como Jodelet (2001), Joffe (1995) e Oliveira, Siqueira & Alvarenga (1998), sendo a Representação Social apreendida como instrumento para compreensão das práticas de saúde desenvolvidas no enfrentamento do(a) HIV/AIDS na realidade brasileira, “um saber que diz algo sobre o estado da realidade” (JODELET, 2001, p.21).

Como o estudo das Representações Sociais envolve os elementos constituintes de informação, crenças, valores, imagens, opiniões, aspectos socioculturais, dentre outros, seu referencial, acredita-se, permitiu compreender o significado da prática desenvolvida em HIV/AIDS trazida pelos profissionais de saúde, bem como problematizar até que ponto as práticas adotadas contribuem para a prevenção e promoção da saúde e, conseqüentemente, para o declínio do número de casos no município.

No aspecto moral, a aids é a doença punitiva da liberdade sexual, produto de uma sociedade que tudo permite, abrangendo os sujeitos tidos como desviantes, estando “a salvo” os que “se comportam bem”. O aspecto biológico levantou as vias de transmissão: sangue e sêmen principalmente, reavivando “crenças antigas”, relacionando “o contágio pelos líquidos do corpo à sua osmose com o sangue e esperma” (JODELET, 2001, p.19). O avivamento desse tipo de credence liga-se à ausência de informação clara e precisa, fomentando o campo das Representações Sociais da doença que propagavam – e, quem sabe, ainda propagam – percepções preconceituosas e alarmistas. Como aponta Jodelet (2001:20), “valores e modelos



sociais carregam conteúdos diferentes a palavra Aids, a doença e suas vítimas”, o que muitas vezes, servia (e serve) de justificativa para práticas discriminatórias e de não cuidado.

As práticas de saúde voltadas ao cuidado em HIV/AIDS envolvem o aspecto objetivo (como os protocolos a serem seguidos) e subjetivo (como pontos de vista, juízos de valor, sentimentos). Compreendendo sua magnitude e a necessidade de discutir sua incidência de forma mais ampla no sentido de buscar o entendimento sobre o porquê de os números continuarem crescendo (ainda que de forma não tão vertiginosa como nas décadas de 1980 e 1990) mesmo com o desenvolvimento de práticas pedagógicas para além das práticas institucionais tradicionais; o presente estudo optou pela *pesquisa qualitativa* com base no arcabouço das representações sociais.

A pesquisa qualitativa à luz do referencial das representações sociais abarca percepções, pontos de vista, experiências vividas no cotidiano e visões de mundo, que podem ser captados nas discussões travadas em todas as áreas do conhecimento, entre elas a da saúde sobre: práticas, cuidado, adesão ou não ao tratamento, relação profissional/usuário, estigma/preconceito, bem como limites e possibilidades da prática profissional e institucional. Ao optar pelo caminho qualitativo, o estudo procurou evidenciar o processo de cuidado em HIV/AIDS através das práticas de saúde desenvolvidas, a partir da percepção dos profissionais que materializam tais práticas.

Os *sujeitos da pesquisa* foram os profissionais<sup>6</sup> que lidam diretamente com a questão HIV/AIDS no município de Juiz de Fora, tanto na esfera pública quanto na filantrópica. Segundo Oliveira, Siqueira e Alvarenga (1998, p.164), “as práticas profissionais, como expressão do conhecimento científico, inscrevem-se num campo de forças representacionais (...)”. Logo, os profissionais de saúde elaboram suas representações sociais a respeito das práticas que desenvolvem circunscritas em ações que podem ser caracterizadas em ações institucionais tradicionais como as adotadas no início da epidemia no Brasil; e/ou práticas pedagógicas mais amplas vislumbradas especialmente após a consolidação e fortalecimento dos Programas Nacional e Municipal de DST/AIDS.

Apresentado o percurso empreendido para a realização deste estudo, didaticamente optou-se por contemplar a discussão em três capítulos: no Capítulo 1, discute-se o enfrentamento do(a) HIV/AIDS no Brasil e em Juiz de Fora, problematizando as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência para combate da epidemia, com destaque para

---

<sup>6</sup> Rede Pública: assistente social, enfermeiro, psicólogo. Entidade Filantrópica: representante.

os Programas Nacional e Municipal de DST/AIDS. No Capítulo 2, empreende-se uma discussão sobre o que seja prática de saúde e a necessária prática educativa, canalizando para a contribuição da Educação em Saúde e da Educação Popular no cuidar e a importância dos elementos como informação, participação, acesso e assistência/cuidado integral no desenvolvimento de toda e qualquer prática em saúde. As discussões engendradas no segundo capítulo serviram de base para compreensão dos elementos necessários às práticas de saúde, especialmente àquelas desenvolvidas sob um viés educativo mais amplo, bem como fomentar um olhar crítico sobre as práticas de saúde voltadas ao(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG, a partir das experiências dos profissionais que trabalham diretamente com a questão, debate este implementado no Capítulo 3.

Como arcabouço teórico, optou-se pelos referenciais de MOSCOVICI (1978) e JODELET (2001) sobre as Representações Sociais; BRASIL (1999; 2008) sobre a Política de Saúde em HIV/AIDS; AYRES (2003; 2004), ARROYO (2009) sobre o cuidado em HIV/AIDS; CECÍLIO (2001), STOTZ (1993, 2004, 2007) sobre a prática de saúde voltada para as necessidades; FREIRE (1994; 2005), PERLMAN (1976) sobre a prática educativa que envolve o diálogo e a solução conjunta dos problemas, dentre outros, que fomentaram as discussões e consubstanciaram a análise dos dados apresentados pela pesquisa de campo.

O presente estudo aponta que práticas estão sendo desenvolvidas para o enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora com vistas a diminuir os índices de sua incidência e sobre que bases são desenvolvidas – amplas ou restritivas. Longe de esgotar o assunto, este estudo teve por intuito contribuir para uma visão mais ampla das práticas de saúde voltadas ao(a) HIV/AIDS, buscando apontar no que é possível avançar para o declínio do número de casos de infecção e abandono ao tratamento no município de Juiz de Fora, considerado o segundo em Minas com o maior número de casos registrados.

Para além da relevância do tema no contexto atual, argumenta-se que um estudo sobre as práticas de saúde desenvolvidas para o enfrentamento do(a) HIV/AIDS fomenta não apenas a produção do conhecimento, como também contribui para reforço e qualificação das ações dos profissionais de saúde, especialmente nestes novos tempos de epidemia que exigem de todos os atores envolvidos na produção do cuidado um olhar apurado para o novo perfil que avança a passos largos: a pauperização, a juvenização, a feminização e, não menos importante, a interiorização.

## **CAPÍTULO 1 – O enfrentamento do(a) HIV/AIDS no Brasil e em Juiz de Fora: as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência para combate da epidemia.**

O presente capítulo busca discutir as práticas de saúde, inclusive as de viés educativo, implementadas no Brasil para combater à epidemia de aids a partir da década de 1980, com especial destaque para 1986, quando o governo brasileiro começa a pensar em ações mais estruturadas de enfrentamento da epidemia, culminando em 1988 com a implantação do Programa Nacional de DST/AIDS – PN-DST/AIDS.

A partir do PN-DST/AIDS, surge o Programa Municipal de DST/AIDS (PM-DST/AIDS) nos municípios, acompanhando o processo de descentralização, regionalização e municipalização. Baseado no PN-DST/AIDS, o PM-DST/AIDS segue três premissas no enfrentamento da epidemia que ditam o desenho das práticas de saúde a serem desenvolvidas: a *Promoção, Proteção e Prevenção*; o *Diagnóstico e Assistência*; e o *Desenvolvimento Institucional e Gestão*.

Procurando estudar as práticas de saúde preconizadas no combate ao(à) HIV/AIDS na realidade brasileira, especialmente na vigência do PN-DST/AIDS, o presente capítulo também realiza uma discussão micro ao abordar o desenvolvimento do PM-DST/AIDS em Juiz de Fora e as práticas de saúde adotadas pelos serviços de referência em HIV/AIDS neste município. Neste estudo sobre as práticas de saúde em HIV/AIDS, ganha destaque a problematização sobre as dimensões de prevenção e promoção da saúde, uma vez que são discussões de fundo no que se refere às práticas educativas que tencionam garantir qualidade de vida e incentivar adesão ao tratamento.

As discussões efetuadas neste capítulo e que, mais adiante, serão recuperadas no capítulo quatro, quando da análise das práticas de saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS em Juiz de Fora a partir do olhar dos profissionais que lidam diretamente com a temática, servirão de base para a reflexão sobre as práticas educativas de enfrentamento adotadas pelo Brasil nestas três décadas de epidemia, bem como poderão, em perspectiva, apontar estratégias que podem vir a contribuir para a mudança do perfil epidemiológico da doença em Juiz de Fora, que, no

momento, coloca o município no segundo lugar do *ranking* das cidades com o maior número de casos notificados em Minas Gerais.

### **1.1 – A epidemia de HIV/AIDS na realidade brasileira: as práticas de enfrentamento adotadas**

Mundialmente, a AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – configurou-se como pandemia a partir dos anos 70 do século XX (CUNHA, 2006), quando estudos americanos identificaram um número elevado de pessoas estratificadas por faixa etária (adultos), gênero (masculino) e opção sexual (homossexuais) sendo acometido por um mal que comprometia seu sistema imune, deixando-as frágeis e suscetíveis a quadros infecciosos oportunistas, como pneumonia e sarcoma de Kaposi. A velocidade e a proporção a que chegavam as notificações dos casos deixavam latente de que se tratava de uma nova patologia que, embora ainda que não identificada por completo, sabia-se infecciosa, transmissível e mortal.

Os anos subsequentes de pesquisa acabaram por apontar, no início da década de 80, um primeiro agente etiológico causador do mal. Tratava-se do que os pesquisadores chamaram de “retrovírus humano LAV/ HTLV-III” – que, mais tarde, viria a ser denominado vírus da imunodeficiência humana, HIV-1. Em 1986, um segundo agente causador da moléstia foi descoberto, o HIV-2, sendo também um retrovírus, com características similares ao HIV-1, ainda que este último continuasse a ser considerado mais forte (LIMA, et al, s/d).

A busca por respostas à origem do vírus continuou, na medida em ações eficazes ao seu combate só seriam concretizadas se houvesse conhecimento sobre suas causas e efeitos. Naquele momento, embora não se soubesse ao certo qual a origem de ambas as tipologias de HIV (1e 2), sabia-se, ao menos, que tinham a “capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4”, as células de defesa do organismo. (id)

Dos primeiros casos americanos na década de 70 do séc. XX, a epidemia rompe barreiras geográficas e continentais, chegando ao Brasil nos anos 80. No início de sua incidência em solo brasileiro – entre 1981 e 1984 –, como não se sabia muito sobre suas causas e, principalmente, como combatê-la, as práticas de saúde foram 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).

A assistência à saúde estava voltada para grupos específicos formados por homossexuais, usuários de drogas, profissionais do sexo, dependentes químicos e hemofílicos. O consenso que se tinha era de que estes indivíduos pertenciam a um “grupo de risco” devido ao seu modo de vida e, por isso, mais propensos a ser infectados. Estigmatizando os portadores dessa nova doença, neste contexto, era comum identificá-la como “peste” ou “câncer gay”, alcunha fortemente veiculada pela mídia.

A identificação de certos fatores de risco para determinadas doenças, em alguns casos, levou à adoção do termo “grupos de risco”, entendido como os grupos nos quais um ou mais fatores de risco estão presentes. No caso da aids, esse termo foi amplamente utilizado no início da epidemia, gerando preconceitos, potencializando a discriminação e a estigmatização de alguns segmentos populacionais. Isso teve consequências sérias e negativas no campo dos direitos humanos e das políticas públicas, ao circunscrever o chamado “risco” a esses grupos específicos (BRASIL, 2004, p. 18).

Ao se circunscrever a doença a um segmento, as práticas de saúde eram desenvolvidas com vistas à adoção de comportamentos saudáveis e mais seguros por parte desses indivíduos, como a não doação de sangue<sup>7</sup>, o não uso de entorpecentes, especialmente os injetáveis, o não compartilhamento de agulhas e perfurocortantes, a não promiscuidade a partir de relações

---

<sup>7</sup>Uma das primeiras medidas com relação à prevenção da aids foi justamente o controle dos bancos de sangue, evitando que pessoas que fizessem transfusão se contaminassem. Ao mesmo tempo, a comunidade médica passou a designar apenas os componentes desses grupos de risco como alvo de ações específicas de prevenção. Não foi à toa que a doença se espalhou para outros grupos sociais que se consideravam inatingíveis: mulheres, homens heterossexuais e adolescentes (FIGUEIREDO, 1998, p. 08).

sexuais com múltiplos parceiros, entre outros. A conduta adotada pelos serviços de saúde, além da administração de drogas experimentais, versava pelas orientações passadas às famílias dos portadores com relação aos cuidados individuais para não propagação da doença, como a separação de roupas, talheres e objetos de uso pessoal, o que alimentava o imaginário popular sobre a doença e o preconceito gerado pela segregação do usuário. Segundo SILVA (2004, p. 29),

(...) a denominação do termo “grupo de risco” (...) trouxe embutidos em sua origem os diversos preconceitos experienciados pelos portadores e seus pares. Assim, ao estabelecer os “grupos de risco” para a infecção, as estratégias de prevenção foram definidas e com elas também foram oferecidos os fundamentos da exclusão, do preconceito, do individualismo e do insucesso.

Na prática focalizada em segmentos específicos, o restante da população foi deixado de lado, ainda que também estivesse exposto ao risco. Muito se atribuiu o crescimento rápido do número de casos na realidade brasileira devido à restrição do Estado, à época, em não atuar no conjunto da população com ações de prevenção e promoção. Para Santos & Santos (2000, p. 06), a aids foi, nos primeiros anos de sua descoberta em solo brasileiro, trabalhada de maneira estigmatizadora, redundando na “falsa noção de que os que não pertenciam a estes grupos estariam a salvo da aids. Além disso, reforçou preconceitos e estigmas vigentes contra algumas minorias”.

Com o crescente número de casos – já que as práticas, ainda que tímidas, eram destinadas aos considerados grupos de risco, deixando descoberta a grande parte da população que nutria a falsa ilusão de que não seria acometida pela doença –, o governo brasileiro, a partir de 1985, se viu às voltas com a necessidade de planejar as ações em larga escala, a partir de diretrizes a serem seguidas por um programa<sup>8</sup> de controle da aids e não mais ações tão pontuais e discriminatórias, o que começa a se concretizar a partir de 1986, com apoio técnico-financeiro da Organização Mundial de Saúde/OMS através dos Programas “Global de Aids” e “Especial de Aids”. (OLIVEIRA, 2007)

Com o avanço da doença, começou-se a perceber sua ofensiva para além dos grupos estigmatizados nos primeiros anos de descoberta da epidemia. E, ainda que as práticas

---

<sup>8</sup> Ministério da Saúde, Portaria nº. 236, do dia 2 de maio de 1985 e Portaria Ministerial 542, de 22 de dezembro de 1986. Portarias que embasariam o Programa Nacional de DST/AIDS em 1988.

estivessem centradas numa abordagem pragmática e mais técnica da epidemia, continuando com a metodologia de repasse de informações aos indivíduos por meio de aulas teóricas, palestras e distribuições de panfletos.

Foi também neste momento que começava a despontar um conhecimento teórico mais sólido sobre a virologia e epidemiologia da aids (SODELLI, 1999); o conhecimento sobre as reais formas de contágio, passando o governo brasileiro a estruturar as práticas de saúde de forma a abranger a pesquisa sobre vacinas, a manipulação de drogas específicas, o diagnóstico precoce, entre outras. 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.

Neste contexto de avanço da assistência à saúde em HIV/AIDS, a terminologia “grupo de risco” começou a ser substituída por uma compreensão de “comportamento de risco”.

A rápida disseminação da infecção pelo HIV por todo o corpo social demonstrou o equívoco desse conceito tão restritivo, que determinou a adoção de políticas insuficientes e ineficientes. Esse fato, aliado à força mobilizadora dos movimentos sociais atingidos pelas violências e violações dos direitos humanos, provocou a superação dessa noção. Passa-se a adotar outra categoria – a de “comportamentos de risco” – que ainda se mantém no plano individual, mas que retira o peso do estigma que pairou sobre alguns grupos da sociedade. Assim, a ênfase volta-se ao comportamento individual; a responsabilidade é do indivíduo e não de um grupo *a priori* (BRASIL, 2004, p. 18-19).

Ainda que a transição de “grupo de risco” para “comportamento de risco” tenha se dado na tentativa de sucumbir à propagação do preconceito até então difundido – demonstrando que a doença pode acometer todos os indivíduos e não apenas determinado segmento –, atribuir a infecção pela aids ao comportamento tido como arriscado por parte de cada um reforçou um velho aspecto imbricado nas práticas de saúde: a responsabilidade individual pela prevenção, pelo cuidado.

De acordo com SILVA (2004), a perspectiva individual constituiu-se em um aspecto negativo, na medida em que situou a responsabilidade de cada um como elemento central no trato do(a) HIV/AIDS e, para se mudar um comportamento, faz-se preciso levar em consideração outros fatores de natureza cultural, social, política e econômica.

Ao final dos anos 1980, o perfil epidemiológico da aids continuou em constante transformação, avançando nas camadas empobrecidas da população, revelando a característica da pauperização da epidemia; acometendo um número cada vez mais crescente de mulheres, demonstrando uma tendência mais de feminização do que de masculinização como nos primeiros casos registrados. De acordo com Jeolás et al (2005, p. 03),

quanto ao surgimento da aids, apesar da associação da doença com o universo masculino, principalmente homossexual, nas primeiras décadas da epidemia, os dados atuais demonstram que a proporção entre homens e mulheres infectados pelo HIV já chega, no país, a dois casos para um e, em algumas faixas etárias mais jovens, pode chegar a um para um. Em 1980, registravam-se 31 homens infectados para cada mulher com o vírus; em 1991, a relação chega a menos de cinco homens para cada mulher.

Com o desenho da epidemia mais definido, o governo brasileiro, pressionado pela sociedade civil organizada, cria, em 1988, o Programa Nacional de DST e AIDS, objetivando coordenar, elaborar normas técnicas e formular políticas públicas para áreas mais abrangentes dos que as desenvolvidas até aquele momento, uma vez que, do início dos anos 1980 até meados de 1986, as ações<sup>9</sup> em HIV/AIDS no Brasil eram desenvolvidas sem uma diretriz nacional que regulasse as frentes de enfrentamento. Cada estado operacionalizava suas ações, estando sempre um passo à frente na federação o Estado de São Paulo, com aprovação de leis como a da obrigatoriedade da testagem do HIV de todo sangue disponibilizado para transfusão naquele município. (OLIVEIRA, 2007)

Até então, as normas seguidas para controle da epidemia seguiam a experiência de São Paulo, estado com o maior número de casos registrados. Com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS em 1988, a esfera federal assumiu a responsabilidade pela gestão da política de combate à aids, posteriormente, descentralizando as ações através dos Programas Municipais de DST e AIDS.

Com a implementação dos Programas Nacional e Municipais de DST/AIDS, as práticas de saúde para controle da epidemia voltaram-se para a triagem sorológica<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup>As ações de enfrentamento da epidemia no Brasil surgiram no início dos anos 80, quando governo e sociedade civil tiveram de construir uma resposta conjunta ao HIV. A primeira iniciativa foi a criação do Programa Estadual de DST e AIDS de São Paulo em 1983. Dois anos depois, surgiu a organização não governamental de luta contra a aids, o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA). Anos mais tarde, também foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS, por meio da Portaria nº 236. (Imprensa - Programa Nacional de DST e AIDS, notícia veiculada em 9 de junho de 2009)

<sup>10</sup> Lei 7.649, de 25 de janeiro 1988.



obrigatória para HIV em todo sangue a ser utilizado em transfusões; implantação de laboratórios referência; atenção especial à elaboração de normas de vigilância epidemiológica; adoção de sistema de notificação de casos.

O Programa Nacional de DST/AIDS/PN-DST/AIDS<sup>11</sup> tem a preocupação e o compromisso de estabelecer normas para tratamento e prevenção da epidemia, iniciando o processo de fortalecimento do setor de vigilância epidemiológica e sistema de informação para notificação dos casos. Com a criação do PN-DST/AIDS, o Brasil inaugurou uma nova fase no enfrentamento da epidemia, uma vez que o cuidado em HIV/AIDS deixou de ser ao sabor das iniciativas individuais de alguns estados para se tornar uma conduta generalizada, comandada pelo Ministério da Saúde, ente federal, mas descentralizada para os estados e municípios como é o caso do Programa Municipal de DST/AIDS/ PM-DST/AIDS (OLIVEIRA, 2007).

A criação do programa brasileiro coincide com os novos rumos que a Política de Saúde passou a adotar após 1988. Entre os muitos programas em evidência no Ministério da Saúde, o PN-DST/AIDS é o que mais se aproxima das diretrizes evidenciadas na Constituição Federal de 1988, no capítulo da Seguridade Social e, a partir dos anos 1990, dos princípios do Sistema Único de Saúde/SUS, consubstanciados nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Entre os pressupostos que compõem a Política de Saúde em sua fase Universalista, o programa preconiza:

- a *descentralização*: com a responsabilidade dos três entes da federação em conduzir as ações de enfrentamento em HIV/AIDS;
- o *atendimento integral*: com vistas não apenas à distribuição gratuita de medicamentos (primeiramente o AZT), mas a um acompanhamento preconizando prevenção e promoção da saúde, diagnóstico seguro;
- a *universalidade*: com a estruturação de uma rede de serviços de referência públicos, disponível a todos e não só àqueles que pudessem pagar;

---

<sup>11</sup> O Programa Nacional de DST e AIDS, a partir de 2009, passou a ser um departamento na estrutura da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. A medida reafirma o compromisso do Brasil com a sustentabilidade da resposta à aids e às outras doenças sexualmente transmissíveis. Na prática, o decreto de criação – publicado no Diário Oficial dia 28 de maio – garante a continuidade da política de saúde na área em médio e longo prazos (Imprensa - Programa Nacional de DST e AIDS, notícia veiculada em 9 de junho de 2009).

- *a participação da comunidade*: papel reforçado pelas ONGs que lutam pelos direitos dos portadores e uma sociedade livre de preconceitos.

Segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), o PN-DST/AIDS está alicerçado em três objetivos gerais na condução de suas práticas: reduzir o índice de contaminação por DSTs e HIV/AIDS; melhorar o acesso e a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em HIV/AIDS; dar apoio sistemático às instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs/AIDS.

Baseadas nestes três objetivos, as práticas instituídas pelo PN-DST/AIDS avançam em relação à conduta adotada até então no sentido de buscar, entre outras

- a adoção de condutas consideradas seguras em DST/AIDS por parte dos profissionais que facilitarão o cuidado e dos usuários que também participarão desse processo;
- garantir o direito de acesso com qualidade e resolutividade aos serviços de saúde dos portadores do vírus e seus familiares;
- a partir de uma assistência integral, se responsabilizar pela eficiência do sistema de diagnóstico laboratorial das DSTs/AIDS;
- aperfeiçoar a vigilância epidemiológica em DST/AIDS e posse dos dados que se aproximam do real para identificar prioridades;
- reduzir os índices de mortalidade em decorrência do não cuidado em HIV/AIDS, promovendo qualidade de vida;
- estabelecer contínua parceria entre os entes da federação responsáveis pela gestão da saúde e ONGs para evitar a quebra da linha do cuidado;
- estabelecer estratégias que fomentem a adesão ao tratamento, diminuindo seu abandono;
- estabelecer plano de enfrentamento do contágio de DST/AIDS por uso de drogas.

A adoção de estratégias mais amplas para lidar com a epidemia que avança a largos passos na realidade brasileira constitui-se na materialização das três premissas<sup>12</sup> preconizadas

---

<sup>12</sup> Mesmas premissas presentes no Programa Municipal de DST/AIDS como se verá mais adiante.

pelo Programa Nacional e que se encontram em constante articulação, a saber, a tríade: *Promoção, Proteção e Prevenção*; o *Diagnóstico e Assistência*, identificando precocemente o quadro infeccioso e promovendo o cuidado pautado nas necessidades de saúde apresentadas; e o *Desenvolvimento Institucional e Gestão*, programar e reprogramar as ações de acordo com a realidade epidemiológica apresentada em dado momento histórico.

A premissa da *Promoção, Proteção e Prevenção* em HIV/AIDS vincula-se à preocupação em promover a saúde da população infectada ou em potencial, protegendo os direitos desses indivíduos, atuando na prevenção da infecção e proliferação das(a) DSTs/AIDS, buscando a redução do índice de incidência.

Segundo Oliveira (2007), as propostas neste âmbito voltam-se à implementação de políticas preventivas que abarquem tanto os seguimentos considerados vulneráveis quanto a população em geral, deixando aos poucos a visão reducionista do início da epidemia. Por se tratar de um cuidado complexo, o poder público federal desenvolveria suas práticas em parceria com as esferas estaduais e federais, assim como com a sociedade civil organizada, no intento de propiciar a integração das ações de prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS.

Com base nesta primeira premissa, o governo brasileiro, a partir dos anos 1990, passou a intensificar as ações, preocupando-se em diversificar a assistência, atuando não apenas de forma clínica/medicamentosa, mas de forma educativa, compreendendo a epidemia de HIV/AIDS como problema de saúde pública e não um problema individual, oriundo de comportamentos de risco tidos como promíscuos no início da década de 1980, o que redundou na aplicação da segunda premissa, que envolve os esforços para alcance de um diagnóstico seguro e de uma assistência integral, bem próxima da apregoada pelo SUS.

O *Diagnóstico e Assistência* dentro do PN-DST/AIDS, segundo a Política Nacional de DST/AIDS (1999), têm por finalidade compor e implementar diretrizes e estratégias de ação no que tange aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à produção da saúde. Tanto o diagnóstico quanto o tratamento dispensado deverão ser executados pelos serviços de referência, de preferência em todos os níveis de atenção, tendo por instrumentos o sistema de Vigilância Aprimorada das DSTs, capaz de gerar informações sobre a incidência das DSTs na população de dada localidade; o Sistema de Informações de Agravos de Notificação/SINAN, que também auxiliará no planejamento das ações de controle.

A partir de 1996, toma destaque nos avanços com relação à confiabilidade diagnóstica o “Sistema de Garantia da Qualidade dos Testes Laboratoriais para DST e AIDS”,

constituindo-se hoje no “Programa de Avaliação Externa da Qualidade dos Testes”, que envolve o diagnóstico do HIV e quantificação da carga viral, bem como a contagem de CD4 e CD8; sífilis e hepatite viral (BRASIL. Política Nacional de DST/AIDS, 1999).

Relacionada à assistência, a dispensação dos medicamentos que constituem o coquetel também se aplica a esta premissa, sendo de responsabilidade de estados e municípios sua distribuição nas unidades de referência. O controle da dispensação desses medicamentos é efetuado pelo Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos/SICLOM, que monitora estoque, fornecimento e auxilia na manutenção da continuidade da distribuição em dia.

Referente ainda a esta segunda premissa, Oliveira (2007) aponta a perspectiva de o PN-DST/AIDS capacitar os profissionais de saúde para atuarem nas frentes de HIV/AIDS. Segundo a autora,

fica a cargo dos Centros de Treinamento em DST (CT-DST) capacitá-los, dando prioridade aos médicos e enfermeiros para o diagnóstico, tratamento, aconselhamento, prevenção, vigilância epidemiológica das DSTs, bem como sensibilizá-los para atuação em equipes multidisciplinares em seus locais de origem. Cabe às Coordenações Estaduais e Municipais assegurarem aos profissionais treinados as condições de trabalho em suas unidades de origem, ou seja, equipamentos, insumos, materiais, medicamentos específicos e preservativos. Atividades de acompanhamento, supervisão e avaliação dos treinados deverão ser realizadas por essas coordenações, no intuito de dar subsídios para a adequação dos treinamentos e melhoria na qualidade da assistência às DSTs (OLIVEIRA, 2007, p.28).

A terceira premissa do Programa Nacional, o *Desenvolvimento Institucional e Gestão*, em sintonia com as duas primeiras, possui o papel de fomento aos serviços responsáveis pela atenção em HIV/AIDS no que concerne, entre outros, à busca pelo declínio da infecção por HIV e DSTs e ampliação e aperfeiçoamento diagnóstico-assistencial. Esta premissa, de acordo com a Política Nacional de DST/AIDS (1999), subsidia as decisões dos gestores em saúde no que diz respeito à formulação, execução e avaliação das práticas de prevenção e controle em HIV/AIDS, uma vez que, segundo Oliveira (2007, p. 32):

(...) viabiliza a produção e a disponibilidade de informações sobre as tendências e o comportamento da epidemia na população; desenvolve estratégias para o fortalecimento do processo de gestão de programas e

projetos, incluindo o aprimoramento das etapas de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação das ações implementadas; possibilita a capacitação de recursos humanos, proporcionando uma melhor prática profissional no âmbito das instituições que atuam na área; disciplina os processos administrativos e financeiros (...).

O “Desenvolvimento Institucional e Gestão” aproxima-se muito dos princípios e diretrizes do SUS ao preconizar estratégias que auxiliam o processo de descentralização do Programa – já que a complexidade do trato da epidemia demanda ações conjuntas que não teriam eco apenas em uma única instância –, avançando para as esferas estaduais e municipais, sem contar que conclama a participação da sociedade na condução da política ao perceber as ONGs como parceiras na luta contra a epidemia.

A articulação entre as três premissas básicas do PN-DST/AIDS consubstancia as práticas em saúde que serão adotadas nos serviços de saúde com vistas à prevenção, promoção da saúde, rumo a uma assistência integral, configurando-se em um grande desafio, especialmente para os municípios.

Se, por um lado, o PN-DST/AIDS, a partir de 1988, injetou novas frentes para o enfrentamento da epidemia, conjuntamente, o país atravessou uma crise que atingiu o Programa, impedindo-o de avançar plenamente em suas proposições. 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. (SODELLI, 1999)

Com o *slogan* "Se você não se cuidar, a aids vai te pegar", as práticas difundidas acarretavam desolação aos portadores porque a “aids os pegou” e, aos não portadores, pretendia incutir condutas seguras através do sentimento de pânico, pois a aids, afirmavam os anúncios divulgados, “a aids mata” (id)

Ao mesmo tempo, 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/Zidovudina (primeira droga efetiva contra a aids) e, mais tarde, a partir de 1996, a oferta do coquetel. (ibid.)

Apesar do enxugamento do Estado para com as políticas públicas e do abalo sofrido pelo Programa Nacional, a luta da sociedade por uma assistência integral em HIV/AIDS se deu de forma contínua. Com a derrocada de Collor em decorrência do *impeachment*, de 1992 até os anos 2000, foram implementados a reformulação e o 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 o 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, a distribuição do coquetel; estipulou-se o dia 1º de dezembro como dia Mundial de Luta contra a aids; adotaram-se investimentos mais massivos em campanhas nos meios de comunicação para a prevenção, após a pressão dos grupos organizados em defesa dos portadores – como as ONGs – o que fez com que os *slogans* das campanhas e anúncios fossem substituídos por propostas mais educativas e menos intimidadoras.

No combate ao(à) HIV/AIDS, as Organizações Não Governamentais/ONGs<sup>13</sup> se constituíram em entidades que passariam a lutar primeiramente pelos direitos dos portadores e, depois, pelo direito de todos à prevenção. Uma das maiores contribuições dessas ONGs foi a de desnudar, para a sociedade, as práticas de saúde higienistas adotadas *a priori*, pautadas em normatizações autoritárias, medicalizantes e preconceituosas, pressionando as autoridades para a adoção de práticas mais condizentes com a realidade, ajudando a incutir nas ações um viés ético-político para além do ético-moralizador até então equacionado.

Quanto aos trabalhadores da saúde, houve a preocupação em se criar um centro de referência para capacitação destes para lidarem com as novas conformações da epidemia, que, nos anos 1990, além da feminização e pauperização, também passou a apresentar a

---

<sup>13</sup> A primeira ONG brasileira de aids foi composta pelo Grupo de Apoio e Prevenção à Aids, o GAPA, em 1985.

característica de interiorização, deixando o eixo das metrópoles e evidenciando o perfil não de “grupo ou comportamento de risco”, mas de “vulnerabilidade social”. Segundo Szwarcwald et al (2000, p. 2),

em anos recentes, dentro desse panorama da epidemia no qual predomina a transmissão heterossexual, a aids vai deixando de ser uma doença de segmentos populacionais sob particular risco e vai-se disseminando, *pari passu*, na denominada população geral, embora com dinâmicas distintas nos diferentes segmentos populacionais. Tendo alcançado dimensão claramente nacional, a epidemia pelo HIV/AIDS não se restringe mais aos grandes centros urbanos nacionais e atinge atualmente mais da metade dos quase cinco mil municípios brasileiros, com disseminação espacial maior, nos últimos anos, entre municípios pequenos, que são os mais pobres e têm a menor renda per capita.

Quanto à vulnerabilidade, Ayres (2003, p. 125) afirma que

(...) a vulnerabilidade ao HIV/AIDS refere-se aos diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos (políticas públicas) e individuais, que os põe em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Com a vulnerabilidade, desloca-se a questão do risco, cunhado nas expressões “grupo e comportamento de risco” e volta-se as práticas para fazerem mediações que identifiquem as causas histórico-estruturais que levam à situação de vulnerabilidade das pessoas ao HIV, pois, mais que uma doença, a aids configura-se em um fenômeno social amplo, que envolve questões como sexualidade, uso de drogas injetáveis, discriminação ao doente de aids, acesso ao cuidado, dentre outras. No “grupo de risco”, a aids é vista como “doença do outro”, daquele que manifesta uma vivência de sexualidade considerada desviante como os homossexuais e os(as) profissionais do sexo, ou então, daquele que se auto-prejudica como o usuário de droga injetável, associando a aids à promiscuidade, às drogas, à homossexualidade e à prostituição. No “comportamento de risco”, a aids atinge indivíduos não situados nos tradicionais grupos de risco, podendo acometer qualquer um que opte por uma conduta considerada não segura como manter relações sexuais sem o uso do preservativo e com múltiplos parceiros, compartilhar seringas e agulhas, dentre outras.

Tanto o “grupo” quanto o “comportamento” de risco descaracteriza fatores importantes como os de cunho econômico, de acesso à informação, serviços de saúde capazes de acolher as demandas, dentre outros, isso porque, no primeiro, a estratégia de controle passa a ser a de isolar, segregar e, no segundo, individualizar, culpabilizar, como se a transmissão da doença emanasse do comportamento de risco proposital.

A vulnerabilidade coloca a transmissão da aids em um patamar mais social do que individual, pois, cada um, vivencia a vulnerabilidade à aids de forma distinta, suscitando a necessidade de compreensão das razões que levam indivíduos e grupos a estarem vulneráveis ao HIV. Compreendendo a aids pelo prisma da vulnerabilidade, o que se busca é uma resposta social e não individual à epidemia, partindo de alguns elementos fundamentais como educação, informação que permita o diálogo, serviços de saúde estruturados que acolham as necessidades dos indivíduos e espaços de acolhimento e apoio social como ong’s, escolas, comunidade. A vulnerabilidade em HIV/AIDS e sua conseqüente prevenção implicam fatores objetivos e subjetivos como acesso à rede de cuidado, a auto-estima, os aspectos sociais, culturais (abrangendo crenças e valores) e econômicos, bem como os direitos fundamentais à vida. Esta compreensão de vulnerabilidade possibilita a condução das práticas de saúde sob um viés coletivo que leve à prevenção e promoção da saúde.

A evolução da epidemia continuou a demonstrar a dificuldade das políticas públicas em dar respostas efetivas, tanto no campo da prevenção quanto no da assistência, fazendo emergir o conceito de “vulnerabilidade”. O termo coloca a ênfase nos aspectos sociais contextuais, conjunturais e estruturais a que os sujeitos sob “risco” estão submetidos, aspectos que transcendem sua mera vontade. O termo vulnerabilidade assinala, ainda, a fragilidade das políticas públicas em garantir os direitos de cidadania. A autonomia dos indivíduos e a capacidade de decidir sobre sua própria saúde dependem de uma série de fatores que não estão situados no plano do domínio pessoal, mas no plano coletivo e social e, quanto mais vulnerável, menores as possibilidades de os indivíduos exercitarem o controle (BRASIL, 2004, p. 19).

A vulnerabilidade tem a ver com condições de vida, sendo assim, pode ser pensada sob três planos: a *programática*, a *individual* e a *social*. Segundo Brasil (2008), a Vulnerabilidade Programática liga-se ao acesso a serviços, programas e projetos que promovam qualidade da atenção dispensada ao usuário e resolutividade. A Vulnerabilidade Individual remete-se à condição de o indivíduo estar sujeito a adquirir o vírus, sendo um risco



maior ou menor, dependendo do conhecimento que tem sobre as formas de contaminação e prevenção. Por fim, Vulnerabilidade Social possui ligação direta com as condições de vida,

trabalho, cultura, situação econômica, nível de escolaridade, ambiente, relações de gênero, de classe e entre gerações etc. Por exemplo, não ter emprego, não saber ler, depender economicamente do/a parceiro/a. A partir desses três planos, devemos levar em conta não apenas o aspecto individual, mas também as condições sociais, econômicas e políticas (BRASIL, 2008, p. 20).

O surgimento do(a) HIV/AIDS na realidade brasileira trouxe novos desafios não só para a Política de Saúde, mas para todas as políticas públicas vigentes e às que seriam formuladas, dado o fato de que seus determinantes sociais ultrapassaram a redoma do naturalismo biológico do campo médico e a visão reducionista do grupo e comportamento de risco, levando à conclusão de que as práticas voltadas para seu combate deveriam romper com a concepção tradicional de cuidado e prevenção em saúde, em um esforço de, percebendo a vulnerabilidade social vivenciada pelos indivíduos, debruçar as práticas em saúde sobre ela preconizando um cuidado para além do educativo-moralizante.

(...) O cuidado em saúde voltado para a prevenção da aids, nos últimos anos, tem sido submetido a questionamentos acerca dos seus pressupostos teórico-metodológicos dominantes, sobressaindo as críticas sobre as insuficiências da abordagem focalizada na tentativa de conscientizar as pessoas sobre a própria suscetibilidade, responsabilizando-as pela transformação dos comportamentos que aumentam a probabilidade de infecção pelo vírus. Deste modo, são escamoteadas as relações sociais, econômicas, culturais e afetivas que configuram os distintos contextos de intersubjetividade, nos quais as pessoas desenvolvem formas diferenciadas de interpretação e valorização das necessidades de saúde, assim como de apropriação dos conhecimentos sobre as alternativas para satisfazê-las (FELICIANO & KOVACS, 2003, p. 394).

Com o aumento alarmante do número de casos – especialmente nos anos 1980 e 1990 – e sua manutenção em altos índices – nos anos 2000 –, o setor se viu obrigado a rever conceitos tão caros à sua prática cotidiana, como o normal e o patológico, incorporando outros elementos causadores do agravo e responsáveis pela proliferação em tão pouco espaço de tempo: os fatores sociais e ambientais, a informação sistemática e com qualidade que leve

ao diálogo entre os pares, a pauperização da população afetada, as questões de gênero, cultura, entre outros. A prática de saúde vivenciada até então começou a passar por uma transformação, iniciando um processo de evolução de prática tradicional para cuidado, considerando o indivíduo em sua totalidade ao procurar proporcionar uma atenção integral à saúde em HIV/AIDS a partir da prática educativa nas ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação nos casos de doenças oportunistas, diagnóstico e tratamento. Iniciava-se, a partir de então, uma reflexão de que o cuidado em HIV/AIDS deveria contemplar uma prática usuário-profissional de saúde alicerçada na escuta de suas necessidades, agregando acolhimento, responsabilização, humanização e vínculo, ressignificando as práticas a partir das singularidades dos sujeitos, empreendendo uma conjugação entre educar e cuidar. Para Bonet (2005, p. 284),

a noção de cuidado permite inserir dentro do âmbito da saúde as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos (...) e devolver a esses indivíduos o poder de julgar quais são suas necessidades de saúde, situando-o assim como outro-sujeito e não como outro-objeto.

Para este autor, a prática operacionalizada a partir do cuidado integral compartilhado entre os sujeitos – e não compartimentado entre quem sabe e quem não sabe – propicia uma prática educativa na medida em que, a partir das necessidades apreendidas, busca-se uma aproximação com o modo de vida, saúde e cultura dos indivíduos, em um esforço conjunto para compreensão das implicações da aids na realidade brasileira.

Para responder aos desafios impostos pelo quadro epidêmico, o Brasil precisou contar com a adesão de todos os entes políticos e da sociedade civil, no sentido de buscar soluções conjuntas no trato do(a) HIV/AIDS. Um exemplo desse esforço, acoplado à introdução de novas drogas ao coquetel, foi 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; entre outras.

Analisando a assistência inicial prestada em HIV/AIDS no Brasil, pode-se perceber o que Rocha (1999) identificou como sendo três momentos marcantes na história da prevenção.

1. A informação ocupando lugar central através das campanhas de caráter nacional, envolvendo fortemente a questão comportamental, disseminadas pelos meios de comunicação de massa. As ações são majoritariamente assumidas pelo setor da saúde, com escassa ou nenhuma articulação com as demais áreas. Sendo uma característica da fase inicial das respostas disponibilizadas para controle do HIV/AIDS, não se descartou sua presença no decorrer de outras ações.
2. A questão do comportamento individual tido como responsável pelo adoecimento. Neste período, desponta uma preocupação maior em integrar os esforços (outras instituições, serviços e setores) além saúde, para operacionalizar a mudança comportamental desejada.
3. A questão da cidadania e dos direitos dos portadores, bem como para a população em geral, levando-se em consideração aspectos políticos, culturais, econômicos para a promoção à saúde.

Para Rocha (1999), as práticas de saúde em HIV/AIDS – muitas delas justificadas como educativas – circunscrevem-se em dois caminhos: o primeiro com ênfase comportamental, em que a informação teria a faculdade de aumentar a percepção do risco e estimular a mudança de comportamento e o segundo, de base social, em que os determinantes sociais também fazem parte do processo de adoecimento. A respeito do primeiro caminho adotado para implementação das práticas em saúde voltadas ao cuidado ao(à) HIV/AIDS, Figueiredo e Gregori (1998) destacam quatro modelos de intervenção aplicados para combate à epidemia: *Princípio Moral*, *Amedrontamento*, *Conhecimento Científico* e *Estilo de Vida Saudável*.

**1. Modelo do Princípio Moral:** tendo por base a moral e a religião, pregando a abstinência como forma de prevenir a aids. Acoplada a esta percepção, também se recomendava a monogamia e condenava-se a relação extraconjugal. Segundo Figueiredo e Gregori (1998, p. 11),

*este modelo tem sido considerado contraproducente nas avaliações de diversos profissionais”, pois, embora a maioria da população almeje tais preceitos, eles não são efetivamente seguidos na vida cotidiana das pessoas, seja pelos jovens que são sexualmente ativos ou pela cultura que reforça um padrão masculino de infidelidade sexual.*

Com relação às drogas, este modelo levantava a bandeira da ilegalidade, visualizando o usuário enquanto criminoso. Para as autoras, esta concepção esbarrava “na incoerência social da existência de outras substâncias também psicoativas danosas à saúde e que têm ampla utilização e comércio, além de esbarrar no imaginário jovem de transgressão e de quebra de limites morais” (id. 1998, p.11).

**2. Modelo do Amedrontamento:** utilizava-se por estratégia o destaque das consequências mais danosas ao ser humano se, por acaso, ele contraísse o HIV. As campanhas abordavam apenas o lado negativo da doença, com *slogans* que traziam um tom de ameaça como: “Aids mata!”, “Quem vê cara não vê aids!”. Este tipo de divulgação permaneceu por um bom tempo até se começar a pensar o seu real alcance, uma vez que informações que remetem apenas ao medo não são acolhidas pela população, especialmente entre jovens, que, na efervescência da descoberta do corpo, possuem dificuldade de vincular “atração física, paixões e relacionamentos com a ideia de destruição e morte” (ibid.) imputada à aids.

**3. Modelo do Conhecimento Científico:** propunha o trato das informações sobre aids de forma neutra e científica, considerando o indivíduo capaz de tomar decisões sobre as práticas de prevenção, de forma racional na medida em que tinha disponível o conhecimento sobre os prós e contras do comportamento inseguro. Aqui, a mudança de comportamento seria automática a partir da divulgação de informações consideradas corretas, como uma receita de conduta saudável. De acordo com Figueiredo e Gregori (1998, p. 12), “a transformação da

consciência em ação depende de fatores emocionais e inconscientes não ligados [somente] à informação”, mas à qualidade com que é veiculada e que possibilita o diálogo.

**4. Modelo do Estilo de Vida Saudável:** muito próximo à filosofia do terceiro modelo, este trouxe – espelhado na experiência francesa (FIGUEIREDO & GREGORI, 1998) – a ideia de promover estilos de vida associados à boa saúde e autoestima, preconizando o autocuidado e a responsabilidade do indivíduo em se prevenir de doenças como a aids e o uso de drogas.

Diante da ineficácia desses modelos no combate efetivo da epidemia, passou-se a adotar o segundo caminho: o das práticas atreladas aos aspectos de cultura e determinantes sociais da epidemia, preconizando o resguardo dos direitos dos indivíduos-alvo das práticas educativas. Também para esta fase de enfrentamento da epidemia, Figueiredo e Gregori (1998) assinalam alguns modelos que auxiliaram na construção de estratégias mais amplas para o cuidado em HIV/AIDS e que são pertinentes ao PNDST-AIDS: *Educação Afetiva*, *Pressão de Grupo Positiva* e *Conceito de Redução de Danos (RD)*.

**1. Modelo de Educação Afetiva:** através da figura do facilitador (profissional), interagindo com os indivíduos, o modelo preconizou o uso de técnicas para reforço da autoestima, da capacidade de lidar com situações inesperadas, das habilidades de comunicação/negociação e decisão; situando a população em seu contexto social.

**2. Modelo de Pressão de Grupo Positiva:** lançou mão da estratégia de disseminar a informação em HIV/AIDS através de agentes multiplicadores, buscando relações mais horizontais entre os indivíduos, defendendo que o diálogo poderia ser mais eficaz do que recomendações puramente externas.

**3. Conceito de Redução de Danos (RD):** surgido para prevenção da aids entre os usuários de drogas injetáveis, partiu da constatação de que “(...) nem sempre a conduta preconizada idealmente (abandono do uso de drogas) (...) [é] possível para alguns indivíduos pelos mais variados motivos (sociais, econômicos ou psicológicos)” (FIGUEIREDO & GREGORI, 1998, p. 13), passando a preconizar a criação de “estratégias de prevenção que reduzissem a possibilidade de exposição ao HIV” como os kits de RD com cachimbo, seringa, agulha, camisinha (id. 1998, p. 13).

Partindo dos caminhos adotados para enfrentamento da epidemia (o de base comportamental e o de base social) e os modelos a eles imbricados, depreende-se que as práticas de saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS – dos primeiros casos à implementação do Programa Nacional de DST/AIDS no final dos anos 1980, passando pelo incremento do coquetel na segunda metade da década de 1990, até a atualidade – guardadas as devidas proporções –, permearam um conteúdo tanto restrito quanto mais amplo/integral.

Na virada do século, com o Programa Nacional de DST/AIDS mais consolidado, as práticas de enfrentamento da epidemia continuam a ganhar outros contornos, mas, que, ainda assim, não conseguiram controlar sua incidência ainda alarmante. Completando 30 anos de enfrentamento na primeira década dos anos 2000, o que permanece é a contínua preocupação e urgência do incremento de práticas desencadeadoras de um cuidado mais efetivo – se não para extirpar a doença, que, no momento, ainda não tem cura, mas pelo menos para controlar seus índices. Práticas que consigam sanar as grandes dificuldades que envolvem o cuidar em HIV: a adesão ao tratamento e a garantia da promoção e prevenção da saúde.

## **1.2 – Cuidado em HIV/AIDS: o desafio da adesão ao tratamento e a garantia da promoção e prevenção à saúde**

A assistência à saúde em todos os níveis requer serviços preparados para acolher as demandas advindas de todos os setores da população. No caso do cuidado em HIV/AIDS, os serviços bem-estruturados propiciam uma leitura da realidade que espelha com mais clareza o quadro da epidemia, minimizando os índices da subnotificação dos casos.

Quando se fala em serviço de saúde estruturado, o que se está querendo dizer é que a rede precisa contar com níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, além da média e alta complexidade. Este desenho da Política de saúde – no Brasil materializado no Sistema Único de Saúde/SUS – reflete a perspectiva de totalidade do cuidado em saúde,

focado não na doença, mas na qualidade de vida, com vistas a avançar na questão da integralidade de atenção à saúde.

No universo da epidemia de aids, o cuidado integral se revela numa estratégia para conter seus avanços. Um usuário acometido pela doença precisa não apenas saber através de exames diagnósticos que carrega consigo o vírus, mas, sobretudo, de uma atenção em saúde que lhe forneça os mecanismos para viver com qualidade e saúde. Mecanismos como medicação, consultas de monitoramento e avaliação e, especialmente, informação de qualidade que o faça refletir e tomar as decisões que forem as mais adequadas para melhorar sua saúde são uma concepção de produção do cuidado que tem no usuário sua centralidade.

A produção do cuidado pautada no usuário é estruturada a partir da concepção de acesso facilitado aos serviços, contribuindo para a resolutividade da assistência prestada. O acesso fácil e ágil à rede começa pela estruturação da atenção básica que tem potencial para resolver a maior parte das demandas apresentadas. Para usuários em busca de cuidado em relação ao HIV, por exemplo, o Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA funciona como a porta de entrada do Programa Nacional de DST/AIDS, descentralizado em Programa Municipal para atender as especificidades dos municípios (OLIVEIRA, 2007).

Uma atenção em saúde de qualidade no CTA contribui para o desafogamento dos outros níveis de atenção, especialmente quando se trata de alta complexidade como as internações que, geralmente, são necessárias em decorrência de uma falha na linha do cuidado em outros níveis.

A medicina moderna, em muitos estudos, já evidenciou a possibilidade de se viver com saúde portando o HIV, bastando apenas adotar cuidados especiais para que o quadro não se agrave, como frequentar as consultas e realizar os exames periódicos, administrar corretamente o coquetel, relacionar-se com o cuidado de proteger-se para evitar o risco da (re) contaminação, entre outros. Estes cuidados podem ser adotados a partir da frequência aos serviços da atenção básica que têm por premissa – ou pelo menos deveriam ter – esgotar todas as possibilidades de cuidado para só então referendar o usuário para os outros níveis.

Ao procurar esgotar todos os meios terapêuticos, a atenção básica opera um processo de trabalho que se compromete com a responsabilização no cuidado ao usuário. O posicionamento responsivo do serviço coaduna com a percepção de Franco e Júnior (2004, p. 03) a respeito da integralidade no cuidado em saúde, ao afirmarem que

a resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde.

A relação dialógica que se pode estabelecer entre profissional e usuário no processo de cuidado colabora para a promoção da saúde. O exercício da fala e da escuta, a percepção das subjetividades trazidas pelo usuário – que, para além da doença, traz consigo uma história de vida que lhe é peculiar e que também faz parte de seu processo de saúde-doença – aliados às possibilidades de tratamento colocadas abertamente à disposição do usuário, traduzem uma conduta especializada dos serviços que ganha dimensão de cuidado ao valorizar a participação do sujeito nas escolhas dos procedimentos que poderão promover sua saúde. No cuidado em HIV, por exemplo, esta valorização se faz necessária, pois, com a mudança no perfil da epidemia ao longo dos anos, apenas adotar uma conduta biológica e punitiva não contribuiria para a diminuição de seus índices.

No trato do(a) HIV/AIDS, seja nos CTAs, SAEs (citando os serviços especializados) ou hospitais de referência, já se percebeu que o uso de tecnologias duras – máquinas, instrumentos, entre outras, ainda que extremamente importantes – não é suficiente para fomentar as práticas em saúde. Para um cuidado integral que vise à promoção da saúde e não da doença, a adoção de tecnologias leve-duras (conhecimento técnico) e leves (na esfera das relações) (MERHY, 1998) torna-se potencial instrumento para fomento das práticas de saúde que preconizam a mudança do modelo assistencial.

Para Franco e Júnior (2004, p. 5), a inversão do modelo assistencial “requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado”.

As práticas educativas em saúde que visam à promoção da saúde buscam a constituição de uma linha de cuidado que acompanhe o usuário nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde que tem por premissa a integralidade, partindo da organização do processo de trabalho nos diversos níveis de atenção que precisam estar articulados, trabalhando sob os signos da humanização, acolhimento, responsabilização e vínculo que resultarão no cuidado construído a partir dos inúmeros campos de saberes e práticas voltados à promoção do indivíduo.



Sob este prisma, o indivíduo passa a ser o elemento estruturante do processo de produção e promoção da saúde, ultrapassando o cuidar de forma segmentada. A formação profissional para fomentar a adesão à prática educativa torna-se essencial ao resgatar os elementos fundadores das tecnologias relacionais fundamentadas no conhecimento e nas práticas voltadas para acompanhar as singularidades do desenvolvimento deste tipo especial de trabalho em saúde.

Ainda que o conceito de integralidade esteja em processo de construção, pode-se vislumbrá-la como uma “ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO, 2002, p.15). Gomes e Pinheiro (2005), aportados em Mattos (2001), chamam a atenção para pelo menos três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: a integralidade como traço da boa medicina<sup>14</sup>, a integralidade como modo de organizar as práticas<sup>15</sup> e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Destacam-se neste estudo os três sentidos, pois deles se aproxima a Política Nacional de Aids, ao organizar as práticas de modo a superar a verticalização e fragmentação das atividades, tornando-as resolutivas e apresentar “perspectivas preventivas e assistenciais, respeitando os direitos dos que vivem com a doença e assumindo a responsabilidade de distribuir gratuitamente os antirretrovirais (GOMES & PINHEIRO, 2005, p. 290).

A integralidade é o trabalho vivo em ato, necessária na organicidade dos serviços e aperfeiçoamento das práticas em saúde, incorporadas em ações que preconizam o cuidado e o protagonismo dos sujeitos em suas necessidades que são singulares. A integralidade, para ser vivenciada, implica a resolutividade da cadeia de serviços disponíveis à população, capacitação da equipe para lidar com a saúde em seu conceito ampliado, além do exercício

---

<sup>14</sup> No primeiro conjunto de sentidos, a integralidade, um valor a ser sustentado, um traço de uma boa medicina, consistiria em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e um cuidado para que ela não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste, pois tal redução cria silenciamentos. A integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do médico [ou profissional de saúde] que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A integralidade está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (GOMES & PINHEIRO, 2005, p. 289-290).

<sup>15</sup> No segundo conjunto de sentidos, a integralidade, como modo de organizar as práticas, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade (GOMES & PINHEIRO, 2005, p. 289-290).

cotidiano de aproximação com o usuário, lançando mão de estratégias como acolhimento, responsabilização e vínculo.

O acolhimento remete à condição de o serviço de saúde operacionalizar de forma usuário-centrada. Franco et al. (1999, p. 347) assinalam três princípios a serem seguidos para se trabalhar a arte do acolher em saúde:

- 1 Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- 2 Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
- 3 Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Partindo desses três princípios, pode-se definir que o acolhimento requer uma relação humanizada que profissionais e serviços necessitam estabelecer com seus usuários. A partir do acolhimento qualificado, com escuta da demanda e esforços para uma resposta positiva acerca do problema ou situação apresentada, abre-se espaço também para a prevenção, promoção da saúde, a responsabilização e o vínculo, importantes elementos para a resolução conjunta dos problemas. A prevenção e a promoção da saúde são

(...) estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade. (BRASIL, MS, 2006, p. 01).

Promover saúde é estar atento às condições de vida em que vivem os indivíduos, pois estas condições também são determinantes do e no processo de adoecer e estar saudável. As

condições de vida são traduzidas pelos aspectos políticos, econômicos, sociais, ambientais e, claro, pelos avanços na saúde pública e na medicina. No Brasil, a concentração de renda nos estratos mais abastados, o analfabetismo acompanhado de igual proporção de baixo grau de escolaridade, além das precárias condições ambientais e de moradia possuem papel de destaque nas condições de vida e saúde da população. Logo, ter saúde implica também ter acesso a serviços de qualidade, ponto crucial que ainda mantém descoberta grande parte da sociedade.

A articulação entre saúde, condições de vida e acesso leva à necessidade de se repensar o *modus operandi* da política pública para amenizar ou diminuir os largos índices de pobreza, desigualdade e morbimortalidade de um país. Na realidade brasileira, a própria política pública de saúde passou e ainda passa por suas transformações, com o intuito de melhorar seu fluxo de atendimento ainda que esteja enraizado um cuidado centrado no poder médico.

No campo do(a) HIV/AIDS, por exemplo, os estudos apontam para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos direta e indiretamente pela epidemia no tocante à expectativa de vida; aperfeiçoamento do coquetel de drogas ministradas para contenção da proliferação do vírus no organismo humano, bem como a amenização de seus efeitos colaterais; disponibilidade de exames mais sofisticados e precoces para descoberta do vírus; instituição de serviços especializados no trato e acompanhamento dos casos, estendendo a atenção em saúde não apenas ao indivíduo portador, mas também aos seus contatos (OLIVEIRA, 2007).

As práticas educativas de saúde voltadas para a prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS, trabalhadas sob o ponto de vista da integralidade, possuem importância salutar na promoção da qualidade de vida e adesão ao tratamento desses usuários. Uma prática restrita ao fator biológico, mesclada com a culpabilização do indivíduo, apenas mascara o problema e afasta o usuário dos serviços, afetando diretamente seu bem-estar.

A promoção da saúde em HIV/AIDS, especialmente a partir dos anos 2000, vem preconizando práticas de saúde mais próximas da realidade de sua população demandante. Consubstanciados em dados epidemiológicos, os gestores têm o conhecimento de sua mudança de perfil – não mais grupo ou comportamento de risco, mas sujeitos susceptíveis em decorrência da vulnerabilidade social – e necessidades de saúde para além das demandas imediatas, traçando, então, estratégias para enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde

que o HIV acarreta, tanto de ordem objetiva (multiplicação do vírus no organismo e sua consequente necessidade de contenção para não evoluir para doenças oportunistas que ponham em risco a vida do indivíduo) quanto de ordem subjetiva (no patamar das relações sociais e afetivas, com o distanciamento e preconceito das pessoas ao redor em decorrência da falta de informação sobre a doença).

A partir de uma concepção mais ampla do processo de adoecimento e saúde, as práticas educativas voltadas ao combate ao(à) HIV/AIDS sinalizam a articulação entre os saberes (da população e do profissional) e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados, para enfrentamento e resolução. Um exemplo emblemático é a parceria entre poder público e ONGs defensoras dos direitos dos portadores de HIV e suas famílias e do afastamento de posturas que culpabilizam o usuário por sua situação de saúde.

A adesão ao tratamento do(a) HIV/AIDS depende substantivamente da prática em saúde incidida sobre o indivíduo. Sendo uma prática culpabilizadora, estigmatizante e proponente de uma lista de regras impostas, possivelmente não terá a aderência do usuário que se sentirá coibido e não acolhido em sua demanda, não compreendendo as implicações de um abandono ou de um tratamento não seguido corretamente. Por outro lado, sendo uma prática cuidadora que vise acolher as necessidades de saúde apresentadas, compartilhando saberes e informações qualificadas, uma grande probabilidade de êxito pode ser vislumbrada na medida em que o usuário se sentirá seguro para expor suas dúvidas, saberes e anseios.

O que se chama de adesão ao tratamento nada mais é do que ações conjuntas nas quais profissionais e usuários trocam informações, discutem e compreendem as implicações, dão sua anuência e seguem a orientação através de protocolo. A adesão implica, necessariamente, uma responsabilidade mútua entre serviços, profissionais e usuários por se tratar não apenas da administração da medicação em horário correto, mas um cotidiano exercício de informação e diálogo para que os sujeitos envolvidos no processo de cuidado desencadeiem o processo de prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS. A adesão

É um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social.

Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades

específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.

Transcende à simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (BRASIL, 2008, p. 14).

Um dos componentes da adesão ao tratamento remete à terapia antirretroviral (TARV). Seu objetivo primário é o de coibir as manifestações clínicas (multiplicação do vírus no organismo que, ao deixá-lo debilitado, abre espaço para as doenças oportunistas), visando à melhoria na qualidade de vida, reduzindo a morbidade e mortalidade pelo HIV e infecções oportunistas através da supressão virológica máxima e duradoura, elevando a contagem de células saudáveis (CD4+). Segundo o Ministério da Saúde (2008, p. 09),

a adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão [para promoção da saúde].

De acordo com Buss (2000:167), a própria Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Em se tratando de HIV/AIDS, estas capacitação e participação tornam-se estratégicas na luta pelo controle da epidemia, que assume índices alarmantes em todo o mundo.

Os esforços empenhados neste sentido voltam-se a prover os serviços especializados de habilidades que abarquem um conjunto de atividades e recursos intra e extrainstitucionais, com vistas a melhorar as condições de vida, bem-estar, favorecendo a aplicabilidade de conhecimentos, aptidões e disponibilidade para o cuidar, tendo a população usuária como partícipe do processo e não apenas como recebedora dos cuidados dispensados. Mais do que a atenção individual, o cuidar em HIV/AIDS, hoje, requer uma visão de totalidade, do coletivo na medida em que se trata de um quadro infeccioso que deixa marca nas esferas biológica e social.

A concepção e prática de saúde voltada ao cuidado ao(à) HIV/AIDS comporta uma visão que remete ao bem-estar e à qualidade de vida, para além do aspecto da doença. Para Buss (2000:174),

(...) a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

Consonante ao exposto pelo autor, as práticas de prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS devem pautar-se na perspectiva do sujeito, ou seja, devem ser pensadas e operacionalizadas a partir do direito que o indivíduo tem de ser tratado e compreender o porquê da importância de ser cuidado e cuidar. De acordo com a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (1989, sp), nas práticas em saúde, deve-se observar que

- Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a aids, sem nenhum tipo de restrição.
- Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual.

- Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- Ninguém será submetido aos testes de aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de transfusões e transplantes, e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.
- Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado dos seus testes.
- Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

Ainda que o Brasil tenha avançado nos últimos anos na questão do cuidado em HIV/AIDS, muito ainda há por fazer para melhorar o PN-DST/AIDS. O objetivo principal no momento é o de intensificar a prevenção ao HIV com vistas ao acesso universal à prevenção e ao seu tratamento, uma vez que se trata de uma patologia complexa e ainda incurável. A “falha na prevenção ao HIV tem contribuído para o aumento do número de pessoas vivendo com o HIV, em especial as taxas de infecção entre as mulheres, que atualmente constituem quase a metade das pessoas vivendo com HIV” (BRASIL, 2005, p. 5).

Com os índices sempre ascendentes, alcançando perfis considerados nas décadas anteriores como minoria (nos anos 80 e metade dos anos 90 do século XX, a epidemia era evidente na população masculina), pode-se considerar que a epidemia de aids só poderá ser revertida se medidas efetivas de prevenção forem tomadas e intensificadas em larga escala. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 07),

A prevenção ao HIV, se financiada de forma adequada, também poderá ter impacto em outras áreas prioritárias para os países, incluindo: o controle da disseminação das infecções transmitidas sexualmente e da tuberculose; a questão da desigualdade associada a gênero; promoção da educação, combate ao uso de drogas e álcool, melhoria dos serviços de saúde e atenuação dos impactos sobre as crianças órfãs e vulneráveis à aids.

Mais do que simplesmente tratar, prevenir a disseminação do(a) HIV/AIDS é fundamental para resguardo da qualidade de vida e saúde da população. Prevenção compreendida em seu amplo aspecto, uma vez que a preocupação com a epidemia abarca práticas em saúde voltadas tanto para os segmentos não acometidos, quanto para os que convivem com o vírus e também precisam se prevenir. Para uma prevenção efetiva, a ampliação do acesso aos serviços especializados (para testagem, aconselhamento, educação em saúde) e ao tratamento (ambulatorial, laboratorial, antirretroviral) propicia oportunidades de envolvimento dos vários atores que compõem a cadeia do cuidado em saúde (população em geral, pessoas vivendo com HIV e profissionais de saúde).

Em relação à terapia antirretroviral, seu maior acesso contribui para com a prevenção ao HIV por meio da ampliação na fase da testagem. A testagem sorológica implica não apenas resultados positivos ou negativos, mas uma etapa de educação em saúde através de orientações qualificadas a respeito do HIV, podendo contribuir para a redução do estigma e da negação, barreiras que devem ser trabalhadas junto aos indivíduos para obter uma resposta bem-sucedida.

No universo do cuidado em HIV/AIDS, o cenário mais eficiente para a promoção da saúde ocorre quando prevenção e opções de tratamento são trabalhadas conjuntamente, promovendo maiores e melhores resultados e benefícios tanto no que se refere a evitar infecções que abrem espaço para doenças oportunistas, quanto controlar a mortalidade precoce.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p. 11), nas práticas em saúde, certos princípios da prevenção efetiva ao(à) HIV/AIDS devem ser observados

1. Todos os esforços/programas de prevenção ao HIV devem possuir como base fundamental a promoção, a proteção e o *respeito aos direitos humanos, incluindo a igualdade de gênero*.



2. Os programas de prevenção ao HIV devem ser *diferenciados e adaptados localmente* para os contextos relevantes do ponto de vista epidemiológico, econômico, social e cultural, nos quais eles forem implementados.
3. Os programas de prevenção ao HIV devem ser de *âmbito geral*, aplicando um amplo espectro de políticas e intervenções programáticas já conhecidas por serem efetivas.
4. A prevenção ao HIV é para toda a vida. *Portanto, tanto a disponibilização de intervenções já existentes quanto a pesquisa e o desenvolvimento de novas tecnologias requerem um esforço de longo prazo sustentável*, reconhecendo que os resultados apenas serão identificados em longo prazo e que, portanto, os mesmos precisam ser mantidos.
5. É fundamental a *participação da comunidade* e dos indivíduos para os quais os programas de prevenção são direcionados. Só dessa maneira os impactos poderão ser observados.

Partindo desses princípios, as práticas em saúde voltadas à prevenção e promoção da saúde, devem ser colocadas à disposição da população de forma ampla e não discriminatória, de preferência trabalhando em rede, intersetorialmente, uma vez que, como já explicitado, a epidemia possui um escopo muito mais amplo do que apenas a vulnerabilidade biológica, abarcando a social. Aspectos como redução da pobreza, saúde sexual e reprodutiva, educação em saúde, entre outros, podem ser trabalhados em conjunto para que o indivíduo seja cuidado em todos os aspectos que envolvem suas necessidades de saúde. Dessa forma, as práticas de prevenção e promoção não serão focadas no risco pessoal/individual, mas nos fatores que compõem a vulnerabilidade social na qual se encontram os indivíduos.

Com práticas voltadas ao curativismo, os programas de prevenção ao HIV serão ineficazes para controlar e reverter a epidemia. Uma abordagem ampla se faz necessária para um avanço substancial em sua contenção. Algumas práticas são essenciais para a prevenção do HIV e promoção da saúde

Prevenir a transmissão sexual ao HIV. Prevenir a transmissão vertical (de mãe para filho) ao HIV. Prevenir a transmissão ao HIV decorrente do uso de drogas injetáveis, incluindo medidas para a redução dos danos. Garantir a qualidade do suprimento de sangue. Prevenir a transmissão ao HIV em instituições de saúde. Promover maior acesso ao aconselhamento e à testagem voluntários, simultaneamente à promoção dos princípios de sigilo e consentimento. Integrar a prevenção aos serviços de tratamento da AIDS. Dar ênfase à prevenção ao HIV entre pessoas jovens. Fornecer informação e

educação relacionadas ao HIV para capacitar os indivíduos a se protegerem da infecção. Enfrentar e abrandar o estigma e a discriminação relacionados ao HIV. Preparar para o acesso e o uso de vacinas e microbicidas (BRASIL, 2005, p. 22).

Como já evidenciado neste estudo, o acesso universal tanto à informação sobre a epidemia quanto à abordagem especializada através do aconselhamento, testagem, bem como o tratamento propriamente dito – trabalhados de forma conjunta –, poderão promover uma resposta abrangente ao cuidado em HIV/AIDS.

A promoção e prevenção em HIV/AIDS é uma forma de fortalecimento de indivíduos, grupos e serviços para enfrentamento dessa patologia compreendida como problema de saúde pública e, por isso, demandante de uma vigilância em saúde constante para contenção de seus índices. Prevenir significa evitar, retardar a progressão das doenças causadas pelo HIV e evitar que sejam (re) transmitidas. O conhecimento sobre suas formas de contágio e tratamento auxilia na tomada de decisões mais seguras e conscientes sobre o cuidado e, especialmente, na diminuição da taxa de abandono/não adesão.

Ainda que já tenham se passado três décadas de seu surgimento, atualmente a aids é considerada uma epidemia da era da informação (BRASIL, 2005) e, por isso mesmo, a informação qualificada sobre suas implicações se traduz numa importante ferramenta de prevenção, promoção da saúde e de enfrentamento de aspectos inerentes a ela, como a ignorância (não saber ao certo do que se trata e suas consequências), a negação (não aceitar a nova condição de saúde e não cuidar, desencadeando um processo de risco de adoecimento), o estigma e a discriminação (carregando uma marca que segrega e distancia os indivíduos de seu convívio social), aspectos estes que, se não levados em consideração e bem trabalhados, abrem caminho para a disseminação dessa epidemia.

Nas práticas de saúde, comunicar-se, desenvolver o exercício da fala e da escuta, torna-se fundamental para avançar nas estratégias de prevenção ao HIV na medida em que aproxima a problemática para o contexto da vida dos indivíduos – pois todos estão sujeitos a ela e não somente o segmento considerado culturalmente como “de risco” -, ultrapassando a esfera médica. Para auxiliar a visão de totalidade que requer o cuidado em HIV/AIDS e sua prevenção, a descentralização do Programa Nacional em Municipal faz emergir as especificidades locorregionais, dando subsídios concretos para um real enfrentamento.

### **1.3 – O enfrentamento da aids em Juiz de Fora: das primeiras práticas à implementação do Programa Municipal de DST/AIDS.**

Desde a consagração da Seguridade Social na Constituição de 1988, que abraçou grande parte das reivindicações da Reforma Sanitária, a Política de Saúde brasileira tem passado por reformulações em seu trato no sentido de espelhar não apenas na aparência, mas, sobretudo na essência, os princípios e diretrizes que a regem. Buscando a universalidade, equidade, atendimento integral, participação da comunidade, os gestores da Saúde em todas as esferas têm se deparado com o desafio de materializar o sentido da saúde como “direito de todos e dever do Estado” em seus programas e projetos. Com o Sistema Único de Saúde/SUS, ficou evidente a necessidade de transformar o direito à saúde em direito de cidadania, com serviços voltados a atender de forma resolutiva as demandas apresentadas pela população em suas mais diversas necessidades de saúde.

No período universalista da Política de Saúde, pensar as necessidades de saúde trazidas pela população é enquadrar o conceito de saúde não mais como ausência de doença, mas circunscrevê-lo no universo da qualidade de vida, fruto dos determinantes sociais. Logo, as inúmeras situações de saúde que acometem os indivíduos estão ligadas ao modo como vivem e, também, à falta de acesso a um serviço de qualidade, demandando, portanto, uma atenção integral.

A atenção integral vê o sujeito como totalidade, como sujeito sócio-histórico-político, inserido em seu meio, influenciando-o e sendo influenciado por ele. Nessa dinâmica, o sujeito é visto como portador de demandas – que podem tornar-se necessidades – de toda ordem, requerendo uma atenção que corresponda aos seus anseios. De acordo com Machado et al. (2007), o princípio da integralidade, que fomenta a atenção integral, configura-se no “eixo norteador” das práticas educativas em saúde. Assim, “a noção de integralidade como princípio deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades num novo paradigma de atenção a saúde” (id. 2007, p. 338).

Partindo das contribuições que a integralidade traz ao agir em saúde, serviços e profissionais devem estar atentos para ofertarem práticas de cuidado condizentes com a realidade do usuário. Segundo Machado et al. (2007, p. 340),

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade (...).

No caso da aids, epidemia que chega à realidade brasileira nos anos 1980, houve a urgência de reformulação das prioridades dos programas em saúde, uma vez que respostas paliativas não foram capazes de conter o avanço da doença. Criado em 1988 para dar respostas à epidemia, o Programa Nacional de DST/AIDS, alocado no nível federal, não conseguiu abarcar as complexidades locais apresentadas pela aids, sendo necessário avançar no cuidado – o pensado agora de forma integral – a partir de sua descentralização, implantando o Programa Municipal de DST/AIDS nos municípios, como é o caso de Juiz de Fora/MG.

O município de Juiz de Fora se encontra localizado na porção sudeste do Estado de Minas Gerais, na região da Zona da Mata Mineira, com uma população estimada em 520.612 habitantes, segundo dados do IBGE (2008). Fazendo limite com as cidades de Lima Duarte, Pedro Teixeira, Santos Dumont, Ewbank da Câmara, Bias Fortes, Piau, Coronel Pacheco, Chácara, Bicas, Pequeri, Santana do Deserto, Matias Barbosa, Belmiro Braga e Santa Bárbara do Monte Verde, Juiz de Fora é considerada cidade-polo para estas e outras cidades menores localizadas em suas macro e microrregiões no que concerne aos serviços de saúde.

No enfrentamento do(a) HIV/AIDS, o município inaugura suas primeiras práticas ainda nos anos 80, mais precisamente em 1987 - quando se identificam dois casos de aids notificados em Juiz de Fora em 1986, através de testes anti-HIV realizados em Belo Horizonte e, também, do primeiro caso de aids em mulher na cidade -, a partir da criação da “Comissão de Acompanhamento e Controle da Aids”, formada pelo Centro Regional de Saúde/SES-MG, Hospital Militar, Hospital Universitário, INAMPS, Associação dos Hospitais de Juiz de Fora e Secretaria do Bem-Estar Social. Esta comissão tinha por incumbência definir os procedimentos que seriam adotados para a implementação da assistência à saúde em HIV/AIDS no município a partir da

Definição da Instituição de Internação do paciente com aids. Ênfase na necessidade de adequação de espaço físico e capacitação de profissionais. Testagem para HIV sob solicitação clínico-epidemiológica e Exames confirmatórios em Belo Horizonte. A compra [dos kits para exames sob responsabilidade das] (...) Prefeituras Regionais, [uma vez que, de] início

(...), os kits [oriundos de BH] duravam apenas 2 meses. Política de controle dos bancos de sangue. Discussão dos critérios de Notificação de casos. HU [passando] a ser referência para internação dos casos de aids e atendimento ambulatorial. (...) [Assinatura de] (...) contrato (...) [entre] Santa Casa (...) com as Ações Integradas de Saúde - tornando mais uma possibilidade de leitos (SSSDA,2009, sp).

Dois anos mais tarde, uma nova comissão foi criada, uma vez que, apesar dos esforços, as ações até então implementadas não foram suficientes para aplacar a incidência da doença. A “Comissão Interinstitucional da Aids no HU/CIAIDS” foi decisiva na demarcação do Hospital Universitário/HU-UFJF como referência em atendimento ao “aidético” (nomenclatura até então utilizada), obtendo êxito na conquista do comprometimento do INAMPS no pagamento de diárias de UTI para aids e elaboração do Plano de Municipalização da Política do Sangue e Hemoderivados (SSSDA, 2009).

A CIAIDS ditou as regras da assistência em HIV/AIDS até 1992, quando foi criada a “Comissão Municipal de Prevenção da AIDS/COMPA”, tendo também por interlocutores no cuidado até então prestado a Secretaria de Saúde/JF e as entidades da sociedade civil, como o Grupo Espírita de Apoio ao Enfermo/GEDAE, o Centro Metodista e Assistência aos Toxicômanos/CEMAT, o Grupo de Apoio e Prevenção da Aids do LIONS e a Casa da Mulher. Em 1993, em virtude do enfraquecimento da COMPA em seu potencial de articulação para ações mais abrangentes, é acionado o Departamento de Saúde Coletiva, desenvolvendo ações de epidemiologia através de sistema de informação que evidenciava a elevada incidência da doença (id.).

Através dos dados epidemiológicos gerados pelo Departamento de Saúde Coletiva, ainda que subnotificados, e uma interlocução mais afinada com o Ministério da Saúde, foi possível traçar estratégias, a partir da elaboração de um programa sistemático de combate ao(à) HIV/AIDS. Em 1994, foi criado e, em 1995, implementado oficialmente o Programa Municipal de DST/AIDS – PM/DST-AIDS, o que possibilitou a retomada da discussão em torno do Plano Orçamentário Anual/POA I, prevendo recursos para prevenção, educação e assistência em ações de DST/AIDS (ibid.).

O Programa Municipal de Controle de DST/ AIDS em Juiz de Fora foi implantado objetivando atender localmente às premissas de Promoção, Proteção e Prevenção; de Diagnóstico e Assistência; de Desenvolvimento Institucional e Gestão preconizadas pelo PN-

DST/AIDS, bem como acolher as demandas e cuidar dos portadores de DST, HIV/AIDS no município e região, desde a

oferta de testagem anti-HIV para 100% de gestantes assistidas no SUS; Acompanhamento de gestantes soropositivas e crianças expostas ao risco; Promoção de ações frente a atores que trabalham populações de grau de risco acrescido: Profissionais do sexo, população confinada, usuários de droga; Incentivo a imunização contra hepatite B (...) como estratégia de Prevenção à doença sexualmente transmissível; Monitoramento da situação dos infectados através de um sistema de informação eficiente que não sofra solução de descontinuidade; Organização de um processo de trabalho do Programa Municipal DST e Aids com uma coordenação do Programa e uma Assistência Executiva do Programa vinculados ao gestor do SUS em Juiz de Fora (SSSDA, 2009, sp).

Para atender às determinações do PM/DST-AIDS, também em 1995, é implantado o Centro de Orientação e Apoio Sorológico/COAS, serviço que prestava orientação/aconselhamento sobre as implicações das DSTs e do(a) HIV/AIDS e distribuição de preservativos, com parte dos exames anti-HIV realizados pelo Laboratório Central do SUS e parte por Belo Horizonte/MG. No ano seguinte, é criado o Serviço de Assistência Especializada/SAE através de convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde do município e o Ministério da Saúde, para trabalhar em parceria com o COAS (SSSDA, 2009).

O SAE foi incorporado à rede de referência em HIV/AIDS como um ambulatório que disponibiliza assistência aos portadores do vírus HIV e pacientes com aids, no sentido de contribuir para a redução de internações e gastos com tratamento, almejando uma melhor qualidade de vida aos indivíduos. Desenvolvendo suas práticas de saúde, seguindo as diretrizes do PM-DST/AIDS para atenção à população infectada, o atendimento é realizado através de uma equipe multiprofissional formada por médico com formação em infectologia, enfermeiro, psicólogo e assistente social; além de profissionais de apoio, como farmacêutico, uma vez que o SAE passou a constituir-se em unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais, utilizando o Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos/SICLOM; ginecologista, pediatra, dentista para cuidado com as mulheres e crianças acometidas pelo(a) HIV/AIDS e saúde bucal respectivamente (SSSDA, 2009).

Em 1997, o município sente a necessidade de implantar o “Programa de Redução da Transmissão Vertical” em virtude da notificação de sete gestantes com HIV e uma criança infectada. com vistas a cuidar precocemente das gestantes em situação de risco de transmissão

do vírus para o bebê. Também é o período em que se começa um trabalho de aconselhamento coletivo (mas não ainda a testagem sorológica) no presídio de Santa Terezinha, com proposta de capacitar multiplicadores da prevenção com os profissionais do presídio.

Com a participação cada vez mais efetiva das ONGs na questão da aids no município, neste mesmo ano, foi enviada assessoria técnica do MS para orientar na estrutura administrativa das ONGs para real estabelecimento de parcerias junto ao Ministério da Saúde e Conselho Nacional de DST/Aids. A parceria contínua com as entidades da sociedade civil começou a se consolidar a partir dos anos 1990, continuando este processo nos anos 2000. Formavam até então o grupo de entidades trabalhando com a questão da aids em Juiz de Fora: o GEDAE, o Grupo CASA, o Centro de Defesa de Direitos Humanos/CDDH-JF (a partir do projeto de prevenção junto aos adolescentes intitulado “Aids e Adolescentes: o Remédio é a Prevenção” atividade realizada em parceria com a Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF), o Grupo de Incentivo à Vida/GIV (ONG filial de São Paulo) e a Casa da Mulher. (SSSDA, 2009).

As campanhas, como forma de prevenção, eram divulgadas por eixo temático: em 1987, voltadas às crianças, intitulado “Crianças Vivendo com aids”; em 1988 voltada à juventude: “Aids com o Jovem: a força da Mudança”. (id.)

O ano de 1998 foi um período promissor para o setor saúde no que compete às ações em HIV/AIDS no município. Foi o ano em que o até então COAS passou a disponibilizar a testagem VDRL para sífilis em todos os usuários sob testagem sorológica para HIV. O serviço de testagem amplia o encaminhamento de seus usuários em rede de referência e contrarreferência em HIV/AIDS e foi também o momento em que os técnicos se preocuparam mais contundentemente em realizar um seminário de avaliação das ações, atendendo à necessidade de se estruturar o Programa Municipal para que este cada vez mais se aproximasse da realidade local.

A partir de 1999, um novo passo é dado rumo à prevenção em HIV/AIDS através da disponibilização da testagem sorológica anti-HIV nas penitenciárias, para além do aconselhamento coletivo. Com relação às formas de transmissão do vírus, o período foi importante na tomada de decisão sobre que medidas adotar em relação ao uso de drogas. Segundo o DSSDA (2009), dados da Vigilância Epidemiológica da época apontavam que, de 1986 a 1999, Juiz de Fora já despontava como a “cidade com maior índice de registros no

estado – ocorrendo em indivíduos com idade entre 20 e 34 anos, [sendo o] maior número de casos (...) [em] pessoas ‘sob o efeito de drogas’ (...)” (SSSDA, 2009, sp).

Diante do quadro, inicia-se a implantação da Política de Redução de Danos cujo *slogan* versava por “*Não use drogas. Caso utilize, não use injetável e, caso injete, não compartilhe*”. A Política de Redução de Danos neste primeiro momento teve como intenção a redução do risco de contágio via compartilhamento de seringas, além de prestar um atendimento que incluísse o tratamento da dependência química nos serviços de apoio, contando inclusive com a participação da ONG Projeto Redução de Danos neste processo.

Ainda em 1999, através dos recursos oriundos do Plano Orçamentário Anual, Juiz de Fora implanta o Laboratório Macrorregional para dar maior resolutividade aos pedidos de exames de CD4 e Carga Viral. Também é implantado o “Projeto de Prevenção a Aids no Sistema Prisional”, sob responsabilidade dos profissionais do COAS. Com relação aos eventos de grande repercussão na sociedade, a ONG MGM (Movimento Gay de Minas) promove o “*II Juiz de Fora Rainbow Fest*”, discutindo o preconceito e promovendo a inclusão social. Como desafios para o diagnóstico seguro do HIV, dada a demanda sempre crescente em virtude do aumento do número de casos, também neste ano o Programa Municipal enfrentou a falta de kits anti-HIV, em especial contagem de CD4 e CD8 (SSSDA, 2009).

Nos anos 2000, o Plano Orçamentário Anual/POA é reprogramado para espelhar a realidade do investimento das ações. Implementam-se continuamente as frentes voltadas para a escola através de cursos sobre sexualidade dirigidos aos professores, bem como as propostas de formação de multiplicadores para aconselhamento e testagem sorológica nas unidades prisionais e Hospital de Toxicômanos. Em se tratando de vulnerabilidade ao HIV, nesse ano, a partir do primeiro caso de infecção de aids registrado no Brasil e ocorrido em Juiz de Fora resultante de estupro, começa a reformulação das práticas de saúde adotadas frente ao risco de contágio através de abuso sexual (SSSDA, 2009).

Em 2001, através da assessoria prestada pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ NESCON-UFMG, sentiu-se a necessidade de retornar com a “Comissão Interinstitucional de AIDS/CIAIDS” para, a partir dela, rever problemas como a falta de kits anti-HIV, a insuficiência de recursos para ampliar as ações, bem como eleger prioridades para o Programa Municipal como a otimização da dispensação de medicamentos antirretrovirais, o reforço às ações de Redução de Danos - ocorrendo o 1 Seminário de Redução de Danos/JF -, cursos e



capacitações para profissionais do Programa de Saúde da Família/PSF, uma vez que a atenção básica era considerada incipiente nas frentes voltadas ao(a) HIV/AIDS.

No mesmo ano, por determinação do Conselho Nacional de DST/AIDS, o COAS passa a se chamar CTA - Centro de Testagem<sup>16</sup> e Aconselhamento<sup>17</sup> – devido à amplitude de sua intervenção (SSSDA, 2009) ao seguir o seguinte fluxo



<sup>16</sup> Não há indicação de se aplicar o teste anti-HIV indiscriminadamente para toda a população. Do ponto de vista epidemiológico, pode-se considerar que todo exame aplicado de forma inadequada apresenta maior possibilidade de interpretação enganosa. No entanto, em função das características pandêmicas da aids, é importante considerar a aplicação precoce do teste, desde que nas populações adequadas. Logo, as pessoas com história de exposição a uma possível situação de risco devem realizar o teste, desde que desejem. Por outro lado, cumpre lembrar que o exame anti-HIV tem que ser realizado invariavelmente em algumas populações específicas por motivos óbvios de controle da epidemia, tais como os doadores de sangue, sêmen e órgãos. Alguns outros grupos devem ser orientados a realizar o teste, porém sem obrigatoriedade, tais como os profissionais da área da saúde, as mulheres durante o pré-natal, as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV, os profissionais do sexo e a população carcerária. Portanto, vale mais uma vez ressaltar que, em termos de saúde pública, não existe justificativa ética, científica ou legal para realização do exame anti-HIV de forma indiscriminada. Todavia, todas as pessoas devem ser conscientizadas e incentivadas em relação à necessidade de testagem precoce, com a intenção de aumentar a busca espontânea aos serviços de saúde especializados (LIMA, et al, s/d, s/p., disponível em <http://www.aids.gov.br/livro/c502.htm>).

<sup>17</sup> O aconselhamento pré-teste existe fundamentalmente para favorecer as pessoas que queiram realizar o teste anti-HIV. O princípio básico é de beneficiar a todos, independentemente dos resultados posteriores (positivos ou negativos) e do motivo para realização do teste ser baseado em um risco real ou imaginário de infecção. Em caso de resultado negativo, o paciente no mínimo teria a oportunidade de aprender sobre a infecção pelo(a) HIV/AIDS, poderia avaliar melhor seus próprios riscos relativos ao HIV e a outras DSTs e ainda teria a chance de ouvir sobre práticas sexuais mais seguras e outros cuidados médicos gerais. Por fim, com estas noções básicas, esta pessoa poderia atuar como um potencial multiplicador de conhecimento. Em caso de teste positivo, o paciente poderia ser beneficiado pelo aconselhamento prévio, que incluiria: um ensaio preparatório para um possível resultado positivo, uma adaptação prévia ao resultado positivo, informações sobre possíveis tratamentos e aconselhamentos pós-teste. O acompanhamento posterior poderia envolver uma continuidade da relação estabelecida na consulta pré-teste (LIMA, et al, s/d, s/p., disponível em <http://www.aids.gov.br/livro/c502.htm>).

O CTA passou a ser um serviço estratégico dentro do programa, uma vez que uma de suas atribuições é a de desenvolver práticas educativas em saúde com vistas à redução do contágio das DSTs e do próprio HIV. Estas práticas tomam palco no próprio serviço através de oficinas educativas e atendimentos individuais e, externamente, nos mutirões de saúde, nas empresas, escolas urbanas e rurais através do “Programa de Educação Afetivo-Sexual”, e demais instituições demandantes, além da participação efetiva em eventos como carnaval, Dia Internacional da Mulher, Dia dos Namorados, Rainbow Fest, Miss Gay, Dia Mundial de Luta contra a aids, entre outros.

A metodologia utilizada para divulgação das informações nos espaços de atuação do CTA versa pela realização de palestras com periodicidade mensal, debates, dinâmicas de grupo, disponibilização de preservativos aos usuários e instituições como unidades básicas, ONGs e Projetos de Intervenção realizados por escolas e faculdades; bem como a distribuição de materiais educativos como vídeos, cartilhas, pôsteres e cartazes.

Por ser a prática educativa em saúde um dos seus horizontes o CTA disponibiliza, além da ampla cobertura do diagnóstico em HIV/AIDS, tanto na população em geral quanto em populações específicas como em gestantes em virtude da possibilidade da transmissão vertical – da mãe para o bebê na hora do parto –, cursos e oficinas de capacitação em DST/AIDS para os profissionais de saúde, especialmente médicos, assistentes sociais e enfermeiros, e para multiplicadores como agentes comunitários e lideranças comunitárias como conselheiros (de saúde, tutelares, pessoas com deficiência, idosos, assistência social, entre outros), grupos jovens e ONGs.

Por se tratar de um trabalho complexo, o CTA executa suas ações com o apoio de uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos que funcionam como aconselhadores num processo de trabalho que se realiza em três fases (SSSDA, 2009):

- a do *aconselhamento coletivo* via oficina educativa com participação espontânea onde são dadas as orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV e Aids e desmistificação de ideias pré-concebidas, sendo, ao final, disponibilizados preservativos e realizada confecção de carteirinha para acesso aos preservativos mensalmente;

- a do *aconselhamento individual* pré-teste, em que as pessoas, após participarem da oficina (fase 1) se interessam em realizar o teste anti-HIV, sífilis e hepatite;
- a do *aconselhamento pós-teste* em que a pessoa é chamada a buscar o resultado do exame (fase 2) e conversar sobre o mesmo. Ressalta-se que, tanto na fase 2 quanto na fase 3, é resguardado o sigilo.

Segundo o SSSDA (2009), o público-alvo abrangido pelo CTA, além da população em geral, também abarca os segmentos considerados vulneráveis como adolescentes, mulheres, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, homossexuais e população carcerária. Para abranger todos estes segmentos, o CTA trabalha em parceria com ONGs que desenvolvem projetos, especialmente os com chancela do MS.

A população atendida pelo CTA, quando esgotados os seus recursos, é referenciada para outros serviços que fazem parte da rede de referência em HIV, como o SAE ou para serviços de saúde que funcionam como apoio à rede de referência. Entre eles, figuram os Departamentos de Clínicas Especializadas, da Mulher, da Criança e Adolescente, de Saúde Mental, bem como entidades da sociedade civil como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Grupo Casa, ConvHIVendo, entre outros. Na linha de cuidado em HIV/AIDS, um grande parceiro do CTA continua sendo o SAE, para onde os usuários são referenciados quando soropositivos.

Em 2002, começa o planejamento das ações de DST/HIV/AIDS para os anos de 2002 a 2005, com a elaboração do Plano de Ações e Metas/PAM substituto do POA. Entra em cena a campanha “Fique Sabendo” do MS, tendo por objetivo divulgar os Centros de Testagem existentes e a importância do diagnóstico precoce. Em 2003, como incremento às ações de redução de danos, finalmente é aprovada a Política Nacional Antidrogas através da Lei nº 10.190, instituindo o Projeto de Redução de Danos. Segue o Plano de Ações e Metas do Programa Municipal aprovado em sua totalidade, abrangendo ações de Prevenção, Promoção e Educação.

Em 2004 e 2005, continuam as capacitações dos técnicos em Aconselhamento para abordagem das hepatites virais no CTA e o desenvolvimento do projeto “Educação Afetivo Sexual” nas escolas municipais e estaduais. Finalmente, ocorre a implantação oficial da

Testagem e Aconselhamento de hepatites virais no Centro de Testagem do Programa municipal. E, com a sociedade civil, é realizado o “*I ConvHIVendo*” em parceria com ONGs<sup>18</sup> e usuários do SUS atendidos pelo Programa.

De 2006 a 2010, o Programa investe na otimização do Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos/SICLOM da farmácia do SAE. Também neste período, ocorreu o “*II e III ConvHIVendo*” (2006 e 2007 respectivamente); foi implantado o projeto “Violência Sexual e Acidentes perfurocortantes” desenvolvido no CTA, com atendimento em violência sexual e acidente ocupacional, acompanhando os usuários no período chamado de janela imunológica, ministrando medicamento antirretroviral após avaliação de risco; além da oferta de exames preventivos de colo de útero e mama para usuárias do CTA e do SAE. (SSSDA, 2010).

Na atualidade, o município é considerado referência no cuidado em HIV/AIDS por possuir uma rede de atendimento estruturada e resolutiva dentro de sua capacidade instalada. Sob a responsabilidade do Departamento de Epidemiologia da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/DSSDA (2009), o Programa se desenvolve a partir de três setores formados:

1. Pelo Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, com atendimento diurno e noturno<sup>19</sup>, com vistas a orientar a população demandante sobre as DSTs, bem como a testagem anti-HIV;

---

<sup>18</sup>**Grupo CASA - Centro de Apoio e Solidaried’Aids** é uma entidade civil e filantrópica, sem fins lucrativos de apoio a pessoas que vivem e convivem com HIV/ AIDS, declarada de Utilidade Pública Estadual, conforme Lei nº 14.216/ 2002 de 02/ 04/ 2002. Fundado em março de 1996, atualmente, é o único que presta assistência diária aos usuários cadastrados no SUS - Juiz de Fora. Transformou-se em uma referência regional sobre aids no tocante à assistência social, atendendo à população em situação de exclusão social, com ações que objetivam proteção, recuperação da saúde e da cidadania e sendo local de referência aos pacientes que vêm de fora para fazer exames. **GEDAE – Grupo Espírita de Assistência a Enfermos (ONG)**, desde 1999, vem prestando assistência a portadores do(a) HIV/AIDS através de um modelo de assistência intermediária entre serviço ambulatorial e hospitalar, em regime de internação temporária. O serviço também presta assistência às gestantes com diagnóstico de HIV positivo, mesmo quando provenientes de outros municípios. **A Associação CASA VIVA – (ONG)** desenvolve os projetos **redução de danos** (em parceria com Ministério da Saúde e o Programa das Ações Unidas para o controle Internacional de Drogas visa reduzir a disseminação do(a) HIV/AIDS e outras doenças entre usuários de drogas e a partir destes para a população em geral, além de encaminhamentos para assistência especializada) e **profissionais do sexo** (Cidadania e Saúde, que, desde sua implantação, em março de 2001, realiza diversas formas de abordagem preventivas/assistências visando à promoção de práticas sexuais mais seguras em relação às DSTs e aids). **Movimento Gay de Minas – MGM (ONG)** - este grupo se reúne desde setembro de 2001, realizando encontros semanais em que são abordados temas que tratam de direitos humanos, cidadania e apoio jurídico, psicológico, entre outros. **O Núcleo Multiprofissional sobre aids – NUMPAIDS**, implantado por profissionais da Universidade Federal de Juiz de Fora, desenvolve projetos na área de prevenção e educação em DST/AIDS. Realiza, desde sua implantação, assistência psicossocial a crianças soropositivas, filhos de pais HIV positivos e aos seus responsáveis.

2. Por dois laboratórios de referência, sendo um – Laboratório Central – responsável pelo diagnóstico de sífilis, hepatites virais e HIV, recomendado pelo Ministério da Saúde/MS; e outro – Laboratório Macrorregional DST/AIDS, referência para Zona da Mata e Região – tendo por incumbência monitorar os portadores de HIV através da contagem de CD4, CD8 e carga viral; e
3. Pelo Serviço de Assistência Especializada/SAE responsável pelo atendimento aos portadores do HIV, doentes de aids e seus familiares.

Entretanto, o grande desafio do Programa na atualidade é dar respostas mais efetivas para conter o avanço da doença, já que, segundo dados da SSSDA (2009), no que diz respeito ao seu perfil epidemiológico em HIV/AIDS, Juiz de Fora é considerado o segundo município de Minas com o maior número de casos de aids registrados. Segundo o Informe "*Epidemiologia da aids em Juiz de Fora*" da SSSDA/PJF (2009, sp),

Juiz de Fora é o segundo município mineiro, entre os quinze, com maiores números de casos notificados, com uma taxa de incidência da doença de 17,4/100.000 habitantes (...) [até 2006] (...). (...) [Até 2008 foram registrados] 2.060 casos de pessoas com aids acumulados desde o início da epidemia (...), onde 1.411 são do sexo masculino e 649 do sexo feminino. De 1986 a 2006, foram notificados 655 óbitos em pessoas do sexo masculino e 240 óbitos entre pessoas do sexo feminino. Quanto às formas de exposição, 45% dos casos são entre heterossexuais, 23% Homo/Bissexual, 12% usuários de drogas injetáveis e 20% de categoria de exposição ignorada.

Desde os primeiros casos na década de 1980 até os dias atuais, a epidemia no município vem sofrendo uma mudança de perfil, envolvendo as variáveis como condição socioeconômica com a pauperização; de território com a interiorização; de faixa etária com a juvenização e de sexo com a feminização, seguindo a tendência nacional. Quanto à pauperização, dados da SSSDA (2009) apontam a baixa escolaridade, aliada à falta de acesso às condições dignas de vida e trabalho, serviços de saúde resolutivos, informação qualificada, cultura, meios de comunicação não apenas televisivos e de entretenimento de massa contribuem para a disseminação em todas as classes sociais, inclusive a mais pobre. Deixando

---

<sup>19</sup> A partir do dia 8 de março de 2010, o Centro de Aconselhamento e Testagem/CTA - JF estará reiniciando o atendimento noturno, ofertando orientação/aconselhamento e testagem anti-HIV, objetivando maior acesso aos serviços para usuários que não possuem disponibilidade durante o dia.

de ser exclusividade dos grandes centros, a epidemia chega aos municípios, engendrando um processo de interiorização como o que acontece em Juiz de Fora.

Quanto à juvenização que, também revela a feminização, com base nos dados do MS, no país (SSSDA, 2010), entre jovens de 13-19 anos, as mais afetadas são as mulheres, numa proporção de 8H/10M, invertendo o perfil estabelecido nos primórdios da epidemia na década de 1980. Em Juiz de Fora, dados de 2007 apontam proporção 2H/1M nesta mesma faixa etária e 16H/9M entre 20-29 anos. Já em 2009, especialmente na faixa de 20-29 anos, os números apontam para 5H/9M.

Visualizando o Estado de Minas Gerais, dados do MS apontam que cerca de 84,6% dos casos de aids concentram-se na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Ao passo que voltando o olhar para a realidade de Juiz de Fora, “dos 2.350 casos de aids notificados, 87,3% encontram-se nesta faixa etária”. Nas duas últimas décadas da epidemia no município, nos intervalos de 1986/1996 e 1997/2007, seu avanço pode ser vislumbrado nas faixas etárias de 20-34 anos, 35-49 anos e 65-79 anos (SSSDA, 2010: sp):

<b><u>Década</u></b>	<b><u>20-34 anos</u></b>	<b><u>35-49 anos</u></b>	<b><u>65-79 anos</u></b>
<b>1986/1996</b>	324 H e 85 M	145 H e 53 M	3 H e 1 M
<b>1997/2007</b>	470 H e 316 M	432 H e 227 M	17 H e 16 M

OBS: H= homem; M= mulher.

Quanto aos menores de 19 anos (crianças e adolescentes), até janeiro/2010, os casos notificados chegavam à casa de 129, representado um percentual de 5,3% do total dos casos de aids no município, evidenciando a necessidade de práticas que impeçam o avanço da epidemia também neste segmento.

De acordo com o Programa Municipal de DST/AIDS, o sistema de notificação de janeiro a Outubro de 2010 apontou que, por gênero, cerca de 13 mulheres e 33 homens foram infectados. Desdobrando estes números, por faixa etária, o número de casos se deu na seguinte na proporção de nenhum (0 a 19 anos); 31 (20 a 24 anos); 12 (35 a 49 anos); 3 (50 a 64 anos) e nenhum entre maiores de 65 anos, evidenciando que os jovens adultos são os mais

afetados pelo HIV na medida em que cerca de 67% dos casos notificados no período de Janeiro a outubro são de pessoas com idade entre 20 e 34 anos.

Quanto à questão de orientação sexual, foram notificados no período: 18 casos entre heterossexuais, 10 homossexuais e 4 bissexuais e apenas 2 entre usuários de drogas, demonstrando que a tipologia de grupo ou comportamento de risco não se aplica e sim a vulnerabilidade a que os diversos segmentos estão sujeitos.

O cuidado em HIV/AIDS hoje, seja em um município como Juiz de Fora ou em outro lugar, não comporta uma visão reducionista da doença, mas práticas de longo alcance que fomentem serviços e população a adotar medidas que impeçam seu avanço. Fomentar serviços significa dotá-los de capacidade resolutiva capaz de dar respostas às mais variadas demandas apresentadas, desmitificando ideias preconcebidas que podem interferir no cuidado integral.

Fomentar a população seria capacitá-la para exercer sua posição de sujeito do processo saúde-doença, estimulando sua autonomia, permitindo que debata sobre as situações-problema e tenha a oportunidade de buscar soluções conjuntas para estas situações, diferente da postura adotada no início da epidemia, quando as estratégias de controle versavam pela culpabilização, estigma, e o prognóstico divulgado era de letalidade e não da possibilidade de conviver com o vírus e ter qualidade de vida.

Como uma doença crônica, mas com tratamento, seu cuidado e prevenção exigem práticas integrais que contemplem conteúdos que contribuirão para a renovação das práticas cotidianas como consultas, exames diagnósticos e administração do coquetel, em práticas educativas que, ao mesmo tempo que cuidam, educam para a reflexão, para a compreensão do que seja a epidemia, o que ela representa em termos sociais, culturais, econômicos e não somente biológicos.

Uma prática educativa não bancária, como adverte Paulo Freire, mas uma prática da escuta, da troca de experiências, da resolutividade, que, para se concretizar, necessita da participação de todos os sujeitos envolvidos no processo cuidador e não apenas o profissional cultural e historicamente tido como o depositário de todo saber.

Em HIV/AIDS, a urgência da mudança do foco das práticas – biologicista, estigmatizante ao ponto de nutrir a visão preconceituosa de “grupo e comportamento de risco” – desponta com a visão de vulnerabilidade social que coloca a epidemia como sendo de alcance de todos e não apenas de determinados segmentos que não se cuidaram por serem promíscuos.

A partir da visão abrangente de vulnerabilidade, torna-se fato que a aids pode atingir grupos sociais independentemente de raça, credo, etnia, opção sexual, idade, ou nível de escolaridade. Tanto que saiu do eixo das grandes metrópoles, deixou de ser doença majoritariamente masculina, adulta, da classe média-alta, indicando que se trata não de um quadro advindo do comportamento humano, mas um patologia diretamente relacionada aos fatores ambientais traduzidos nas condições de vida e nas relações sociais estabelecidas entre os sujeitos. Assim sendo, as práticas de saúde, especialmente as educativas, devem trabalhar não para ensinar o indivíduo a ser saudável, mas sobre as circunstâncias que podem levar indivíduos e grupos às situações que facilitam a exposição ao HIV.

Pensadas de modo amplo, as práticas deixam a esfera do praticalismo, do imediato para contribuírem para uma assistência integral. Entretanto, para que chegue a contribuir para um cuidado resolutivo e abrangente, faz-se preciso problematizar os sentidos das práticas de saúde e das práticas educativas, para compreender os enfoques das práticas de saúde adotados nos primeiros anos da epidemia (ora restritivos, ora mais amplos), até o salto necessário para práticas mais amplas na atualidade.

O capítulo 2 fará o esforço de problematizar estes enfoques e os conteúdos formadores necessários à prática educativa ampla (educação em saúde, educação popular, informação, participação, acesso e assistência/cuidado integral), especialmente em se tratando do enfrentamento do(a) HIV/AIDS.



## **CAPÍTULO 2 – Práticas de saúde e práticas educativas: a contribuição da Educação em Saúde e da Educação Popular no cuidar**

O presente capítulo busca discutir as práticas de saúde e quais os elementos teóricos conceituais que as configuram como práticas educativas. Busca-se conceituar o que se chama por práxis, prática, bem como discutir os conteúdos integrantes da prática educativa, refletindo especialmente sobre os aportes da Educação em Saúde e da Educação Popular, ambos considerados pela autora como aportes fundamentais da prática educativa em seu aspecto mais amplo.

A discussão dos enfoques aplicados às práticas de saúde, em especial as possibilidades do uso de uma metodologia progressista como a defendida por Paulo Freire, que transforme as práticas de saúde em práticas educativas, com vistas a educar o indivíduo para ser sujeito do seu processo de cuidado sem responsabilizá-lo pelo adoecimento, se faz importante neste momento, na medida em que medidas paliativas e culpabilizantes mostram sinais de esgotamento diante dos mais novos avanços da medicina moderna, em como o surgimento de novas patologias causadas com novos vírus e bactérias, ou redundantes de mutações genéticas como o próprio HIV, cujo vírus e seu poder de comprometimento da saúde dos indivíduos não é mais o mesmo de três décadas atrás.

Na virada do século XXI, aliadas às novas drogas para inibição da ação dos agentes patológicos no organismo humano, situam-se práticas de saúde aportadas numa dimensão educativa que prescinde da interação entre os sujeitos no cuidado. Este capítulo evidencia que cada enfoque de educação em saúde imbricado nas práticas cuidadoras destacou o protagonismo de um único sujeito: ora o profissional como conhecedor e autoridade máxima na prescrição de orientações a serem seguidas, ora o indivíduo como responsável por seu estado de saúde em decorrência de seu comportamento descuidado.

O enfoque de educação em saúde que conseguiu determinar uma prática mais abrangente foi justamente aquele que se aproximou dos preceitos da Educação Popular, ao

estabelecer que a prática cuidadora ampla seria aquela baseada na responsabilidade para com o cuidado de todos os indivíduos envolvidos – serviços, profissionais e usuários – fundamentada na relação dialógica, no exercício da fala e da escuta, na comunicação entre saber popular e científico, instigando a participação.

Assim, empreende-se neste espaço uma discussão sobre o que seja práxis, prática de saúde e a necessária prática educativa, observando a contribuição da Educação em Saúde e da Educação Popular no cuidar e a importância dos elementos como informação, participação, acesso e assistência/cuidado integral no desenvolvimento de toda e qualquer prática em saúde.

As discussões engendradas aqui são a base para compreensão dos elementos necessários às práticas de saúde, especialmente aquelas desenvolvidas sob um viés educativo mais amplo, bem como fomentar um olhar crítico sobre as práticas de saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG, a partir das experiências dos profissionais que trabalham diretamente com esta questão, debate este implementado mais adiante, no terceiro capítulo.

## **2.1 – O fazer em saúde: conceituando práxis, prática em saúde e prática educativa em saúde**

Na discussão do fazer em saúde, evidencia-se a necessidade de se compreender o que venha a ser *práxis*, *prática em saúde* e, conseqüentemente, *prática educativa* em saúde, pois, ainda que, se observando estas palavras isoladamente, elas pareçam ter o mesmo significado, cada uma guarda uma singularidade<sup>20</sup>, que auxilia vislumbrar os elementos de uma prática em saúde mais ampla, que atenda às necessidades de saúde apresentadas no século XXI.

Começando o debate pelo que seja *práxis*, Adolfo Sánchez Vásquez (1977), aportado no pensamento de Marx, traz sua contribuição, ao afirmar que a mesma não deve ser confundida com a prática voltada para o fazer, para o resultado imediato. A práxis como

---

<sup>20</sup> Na língua portuguesa, os termos *práxis* e *prática* são utilizados sem distinção, ambos significando “atividade prática humana no sentido estritamente utilitário (...): homem prático, resultados práticos, profissão muito prática” (VÁSQUEZ, 1977, p. 04).

fundamento do conhecimento acentua de modo crítico os condicionantes socioeconômicos e ideológico-históricos imputados na ação do homem.

Para este autor, no movimento dialético entre história e sociedade, a práxis alia compreensão teórica à ação real, visando à transformação da sociedade, fomentando uma prática crítica, que, na concepção marxista, seria uma prática revolucionária. Assim, a práxis pode ser entendida como “a atividade humana que produz objetos sem que, por outro lado, essa atividade seja concebida com o caráter estritamente utilitário” (VÁSQUEZ, 1977, p. 05). Práxis não é “mera atividade da consciência humana (...), mas (...) atividade material do homem social” (id., 1977, p. 06), capaz de transformar o próprio ser humano e o mundo que o cerca, pois o homem é um ser prático.

Toda práxis pode ser compreendida como atividade, entretanto, nem toda atividade será práxis na medida em que a atividade, dependendo do objetivo que se queira alcançar, pode redundar numa prática imediata, no fazer sobre algo, na produção de uma ação, no praticismo puro, ao passo que a práxis ainda que envolva a prática, também empreende uma reflexão sobre o fazer, sobre a prática, sobre a ação. A práxis se desenvolve objetivando a mudança, a transformação de dada situação e não a manutenção do *status quo*, visando conquistar mudanças econômico-político-sociais, tendo por horizonte o todo (sociedade) e não o indivíduo isolado.

A práxis envolve o movimento de aliar teoria e prática, podendo-se afirmar que não existe práxis apenas a partir do conhecimento/teoria, assim como não há práxis apenas através da execução de uma ação, de uma prática. Logo, o conhecimento ou a prática por si só não viabilizam a mudança real – ou a possibilidade dela em longo prazo –, não se tratando apenas de pensar ou atuar sobre um fato, mas “revolucioná-lo” (VÁSQUEZ, 1977, p. 209), atuando sobre ele criticamente.

Para Vásquez, a teoria depende da prática na medida em que esta última é fundamento da primeira, pois “determina o horizonte de desenvolvimento do progresso do conhecimento” (1997:215). Assim, a práxis é “atividade teórico-prática (...) [com um] lado ideal, teórico e um lado material, (...) prático (...)” (id. 1997, p. 241).

Além do aspecto de alia reflexão-ação, Vásquez (1997:248) aponta que a práxis é “essencialmente criadora”, uma vez que permite enfrentar situações-problema, dar soluções às necessidades. Soluções que poderão ser repetidas, em certa medida, mas não para sempre, já que novas necessidades demandarão novas respostas.

Compreendido o conceito de práxis e sua relação com a prática, é preciso descortinar os sentidos que tomam as práticas, sentidos estes que situarão as práticas ou com um fim em si mesmas, reprodutoras de um saber instituído; ou como capazes de produzir o cuidado integral.

No campo da saúde e doença, as práticas são traduzidas em modos de fazer que possuem relação com as condições de vida dos sujeitos que são determinadas pelo contexto socioeconômico-cultural de indivíduos e grupos. Entendida a prática como mediação, no campo da saúde ela está estreitamente ligada ao ato cuidador executado por profissionais de saúde inseridos nos serviços, um cuidado que apresenta contornos distintos, dependendo do enfoque empregado. De acordo com Acioli (2006), as práticas perfazem um fazer que agrega “estratégias e táticas” de indivíduos e coletividades no trato das situações-problema.

Observa-se que, nas *práticas em saúde*, convivem tanto modelos pautados no biologicismo quanto modelos que abarcam outras dimensões com a saúde concebida sob influência dos determinantes sociais, um não excluindo o outro, pois, em se tratando de práticas em saúde, é possível perceber a convivência de condutas tradicionais e inovadoras por parte de profissionais e serviços.

Assim, o que se percebe nas práticas é seu amplo leque de perspectivas que transita entre desenvolver ações voltadas para a saúde em seu conceito mais amplo, com o horizonte da prevenção e promoção da saúde, através de um enfoque teórico voltado para causas socioambientais da doença para além das biomédicas, em constante interação entre profissionais, serviços e usuários; bem como o desenvolver de práticas calcadas na doença, sob um enfoque teórico voltado para determinar a causa das doenças apenas sobre o prisma biomédico, privilegiando o diagnóstico, o tratamento, estabelecendo uma relação de verticalidade entre os atores envolvidos.

Para o alcance da qualidade na atenção à saúde, o enfoque da prática em saúde deve ser uma via de mão dupla: não secundarizar os avanços da medicina moderna em suas descobertas e tratamentos avançados, mas contemplar, sobretudo, os determinantes sociais.

Pereira (2003) salienta que a prática em saúde deve vincular-se ao cuidado, uma vez que o mesmo abarca tanto a clínica, o diagnóstico, a prescrição medicamentosa e o acompanhamento periódico (retorno à unidade de saúde), quanto uma intervenção que leva em consideração aspectos econômicos, sociais, psicológicos, culturais e religiosos. Logo, para esta autora, as práticas em saúde devem se circunscrever em âmbito mais amplo para além do

ciclo da doença, caminhando para um fazer em saúde voltado para a manutenção e/ou recuperação da saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

As práticas em saúde sob um prisma diferenciado da busca pela cura das doenças carregam em si as novas concepções do ser humano (como cidadão de direitos), vida, saúde, cuidado, necessitando da construção e operacionalidade de tecnologias que integrem o ser, o pensar e o fazer no cuidado do outro (ERDMANN, et al, 2006). Assim, o conceito de prática em saúde pressupõe um cuidado voltado para o diálogo, para o plural, potencializador do aprendizado para além da mudança de comportamento, rumo à vivência da saúde como qualidade de vida (id.).

A prática em saúde pode ser compreendida como uma construção histórica, abarcando produção de conhecimento e vivência que conforma o cuidado na medida em que exige o respeito à diversidade, as diferentes inserções sociais, biológicas, políticas, culturais e de gênero, a relação dialógica entre os sujeitos no planejamento das ações em saúde a serem adotadas. A prática em saúde espelhada no cuidado integral tem, na reflexão crítica e cotidiana do fazer, um instrumento de revisão do que se faz, porque se faz e como poderia fazer melhor.

A prática em saúde evolui para o cuidado integral quando, percebendo-o enquanto instrumento de trabalho, que possui como elementos fundantes o acolhimento e o vínculo, não se materializa como um fazer técnico, mas em um fazer que tem, no homem, a base de sua intervenção, uma vez que os indivíduos apresentam demandas e necessidades de cuidado (CHAGAS, et al, 2009), que remetem à práticas de saúde mais amplas e integrais. No caso das práticas voltadas ao HIV/AIDS, este tipo de compreensão do cuidado se fez importante no enfrentamento da epidemia, na medida em que o próprio Programa Nacional DST/AIDS e suas ramificações em Programa Municipal tiveram que se adaptar às particularidades locais, à população para a qual se destina, aos recursos disponíveis, à capacitação profissional, dentre outras.

De acordo com Erdmann et al (2006), as práticas de saúde baseadas no cuidado integral e voltadas para as necessidades de saúde dos indivíduos sobre as quais se constroem possibilidades de protagonismo na produção do cuidado, configura-se em um “constante desafio”. Isso porque a prática em saúde envolve complexas relações entre o homem e o meio que o cerca. Ao interagir com este meio, o indivíduo se transforma, revela suas habilidades, anseios e cria, para além das demandas, necessidades em todos os campos da realidade social

(na saúde, na educação, na política...); necessidades que poderão ser supridas, ou não, pela interação com o outro na relação profissional-usuário, com instituições e serviços.

Compreendendo a prática em saúde como construção histórica, marcada pela escuta das necessidades de saúde apresentadas pela população, ela também pode carregar em si um conteúdo pedagógico que a torna também *prática educativa*. Toda prática de saúde é por natureza educativa, mas, em se tratando da busca por um cuidado integral, visando à saúde e não somente à doença, o conteúdo educativo crítico, envolvendo tais práticas, se faz importante, na medida em que, pelo ato de educar, busca capacitar os indivíduos para cuidarem de sua saúde e não apenas amenizar a situação de doença como objetivaram muitas práticas de saúde ao longo do tempo. Logo, a prática educativa é uma forma de cuidado que busca compreender e atender o indivíduo em sua totalidade.

Assim, a grande diferença entre prática em saúde e prática educativa reside no fato de que, apesar de as duas formas de prática abarcarem o cuidado, a prática educativa em saúde aprofunda o processo do cuidar ao buscar espaços coletivos para a reflexão sobre a situação-problema, chamando o indivíduo a participar das possíveis soluções não na qualidade de passivo, mas ativo, incentivando a autonomia do usuário a partir da informação qualificada, que o faça tomar as decisões tendo em vista o que compreende ser melhor para si e não porque o outro lhe impôs o que seria o correto, como acontece em práticas em saúde mais restritas, cujo conteúdo educativo, quando vislumbrado, toma como base a mudança comportamental, não vislumbrando os determinantes que implicam as condições de vida e saúde.

Na discussão de prática educativa em saúde, o que se entende por educar também se faz fundamental, uma vez que, dependendo do conceito de educação empregado nas práticas, o resultado poderá atender a objetivos diferentes. Com relação ao conceito de Educação, Fleuri (1986) destaca pelo menos três concepções distintas caracterizadas em educação *Autoritária, Liberal e Libertadora*. Todas essas concepções, *quem é o sujeito da ação educativa, para que educar, como educar e em torno de que educar*, são variáveis importantes para delinear a linha pedagógica adotada na prática. Para o autor, refletir sobre estas variáveis no desenvolvimento das práticas educativas orienta aquele que se propõe educador a posicionar-se em qual concepção de educação estará reforçando.

Em primeiro lugar, é preciso se perguntar *quem é o sujeito* do processo pedagógico. Pois a educação, assim como todo fato social, não é nem uma ideia abstrata, nem uma coisa concreta e mensurável. É um processo resultante de um conjunto de relações entre pessoas. (...) *para que educar*, ou seja, quais os objetivos perseguidos no processo educativo. (...) *Como educar*, ou seja, quais os meios, as estratégias necessárias e adequadas para se atingir os objetivos. "(...) *em torno de que educar* [em que] o processo educacional implica certamente a aprendizagem, o conhecimento [para a vida, para a autonomia]. (...). (FLEURI, 1986, p. 70).

Para Fleuri (1986), no Modelo de Educação Autoritário, o sujeito da educação é aquele que controla as decisões, que tem autoridade. O educando, o objeto da ação, receptáculo de um saber que é alheio e não construído. Neste tipo de modelo educativo, a tendência é desenvolver no indivíduo a cultura de repetir ideias, valores, levando ao processo de alienação, que, segundo o autor, desencadeia um

processo pelo qual alguém é condicionado a viver (a pensar, falar, querer, agir) conforme parâmetros e interesses ditados por um outro. Desta maneira, este pode explorar, oprimir, reprimir sem que o primeiro faça muita resistência ou apresente reação séria. (...) O objetivo desse tipo de educação é adaptar as pessoas a um tipo de sociedade em que predominam relações de opressão (FLEURI, 1986, p. 71-72).

No Modelo Liberal, a educação volta-se para a formação da pessoa como ser livre, autônomo, que possui as rédeas de sua vida, um autodidata. Neste modelo, o sujeito da educação passa a ser o indivíduo, que

(...) decide o quê e como aprender, utilizando-se dos recursos e possibilidades que a escola oferece. (...) O objetivo de tal educação seria reforçar o indivíduo como alguém capaz de ter opiniões próprias, tomar decisões por si mesmo e tirar proveito das oportunidades que a sociedade oferece. (...) Os processos educacionais contribuem para adaptar as pessoas a um tipo de sociedade em que cada um, buscando sua satisfação individual, estabelece relações de competição pelas quais se espera fazer avançar o progresso da sociedade (FLEURI, 1986, p. 73).

No modelo de educação a quem Fleuri chamou de Libertário, o sujeito do processo não é o educador nem o próprio indivíduo, mas os sujeitos envolvidos na ação, o que torna o processo não individualizado, mas coletivo. Para o autor, como em um processo pedagógico

libertador não cabe um “chefe” determinando as ações, nem um “indivíduo passivo”, que obedece, defende-se a postura do compartilhar, do coletivo, primando pela prática educativa pautada nas relações de troca de experiências, conhecimento e participação. Para o autor,

as estratégias educacionais deverão ser essencialmente dialógicas e participativas. (...) O conteúdo da educação deixará de ser exclusivamente teorias abstratas ou intenções e opiniões individuais, para ser predominantemente o conhecimento dos problemas que surgem na práxis de transformação social [pois, como aponta Paulo Freire, os elementos fundamentais para a formação da consciência crítica ancoram-se no diálogo e na práxis, ou dito de outra forma, um processo pedagógico, para se dizer libertador, deve pautar-se no diálogo que tem como ponto de partida os problemas que podem ser vislumbrados na práxis social e política]. E, à medida que as pessoas assumem efetivamente uma práxis, sentem necessidade de conhecê-la melhor e se engajar nela. (...) Daí que as intenções e opiniões de cada um precisam ser explicitadas e discutidas, pois é a partir disso que o grupo cresce. É como Paulo Freire diz: “ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FLEURI, 1986, p. 75-76).

Um dos grandes pensadores que defendeu o conceito de educação como prática da liberdade foi, sem dúvida, Paulo Freire. Para ele, na prática educativa libertária, os sujeitos buscam e compartilham saberes e cultura através de suas experiências. Educar, então, implicaria partir das relações sociais que os homens estabelecem entre si nos mais variados espaços sócio-ocupacionais, preservando e respeitando a diversidade inscrita no campo cultural, social, econômico, político, ético, entre outros, na perspectiva de lutar e ampliar direitos (FREIRE, 1994).

Segundo Freire, “a ‘educação como prática da liberdade’ não é a transferência ou a transmissão do saber nem da cultura; não é a extensão de conhecimentos técnicos; não é o ato de depositar informes ou fatos nos educandos; não é a ‘perpetuação dos valores de uma cultura dada’; não é ‘esforço de adaptação do educando a seu meio’” (FREIRE, apud ALVES & ALMEIDA, 2008, p. 108).

A educação bancária, inverso da educação libertária, problematizadora, significa a transposição de informações por aquele que sabe disciplina, dita as regras (educador), depositando um saber construído no receptáculo que é o educando, não dando espaço para a criatividade, o aprendizado, o desenvolvimento de uma perspectiva diferente da imposta, sendo um celeiro de reprodução do saber imposto e não social e historicamente construído,



pois, como aponta Freire, “só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros (FREIRE, 2005, p. 68-69)”.

O legado de Freire instigou muitos estudiosos a defenderem esta percepção do educar. Gadotti (2001, p.78-81), em seus estudos sobre a educação, evidencia o pensamento de Freire sobre a práxis educativa estar ligada a quatro grandes eixos

1º - Ênfase nas condições gnosiológicas da prática educativa – em que educar é conhecer, ler o mundo, para poder transformá-lo.

2º - Defesa da educação como ato dialógico – em que se defende uma educação ao mesmo tempo rigorosa, intuitiva, imaginativa, afetiva e, portanto, comunicativa.

3º - A noção de ciência aberta às necessidades populares – e, por conseguinte, uma educação voltada às questões sociais e muito concretas, como trabalho, emprego, pobreza, fome, doença, etc.

4º - O planejamento comunitário, participativo, a gestão democrática e a pesquisa participante – que se traduz nas experiências educacionais atuais, que têm tido grande impacto em diferentes localidades e comunidades brasileiras.

Estes eixos oferecem elementos para alimentar a construção de uma educação que leve em conta o indivíduo, suas singularidades e sua inserção no mundo, suas necessidades e suas potencialidades de ser e de se ver como sujeito de sua história. E este processo ganha êxito quando se parte de uma relação dialógica entre os sujeitos.

Compartilhando do pensamento freiriano, Lima & Carloto (2009, p. 128) expõem que, no educar, a "(...) ênfase é para que (...) [as] ações fundamentem-se em uma visão participativa e dialógica. Sob essa ótica de fundamentar-se na visão dialógica, o conceito de ações socioeducativas apresenta uma associação à ideia de educação como prática da liberdade de Paulo Freire". Para as autoras, "(...) Freire desenvolveu sua concepção educativa numa perspectiva crítica, questionadora das relações de dominação e essa concepção encerra também uma concepção de práxis" (id., p. 129).

Na relação dialógica, aflora um processo de horizontalização das relações em que educador e educando estão próximos, na condição de sujeitos, contribuindo para a superação do que Freire chamou de educação bancária em que o educador, e apenas ele, é o sujeito enquanto o educando passa por objeto. De acordo com Lima & Carloto (2009, p. 129),

do ponto de vista de Freire, na educação bancária, há uma ação educativa, dissertativa, narrativa. Coloca ainda, que, na forma “bancária” da educação, o “saber” é visto como uma doação dos que se julgam sábios, conhecedores aos que julgam nada saber. Há o que ele chama de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

Ainda para as autoras, Freire traz uma contribuição inestimável ao pensamento da educação, pois,

em contraposição a essa forma de educação, ele propõe a educação (ou ação cultural) problematizadora, libertária, que tem como pressupostos a humanização de ambos, educador e educando, o pensar autêntico, e, não, educação como doação, como entrega do saber. Isso prevê o companheirismo de ambos, educador e educando. Isto implica um *que fazer* conceito que representa a união entre teoria e a prática, reflexão e ação (LIMA & CARLOTO, 2009, p. 129).

Sobre esta perspectiva nasce a educação problematizadora, a partir do conhecimento trazido pelo indivíduo, enriquecendo-o com outros conhecimentos que facilitarão seu processo de reflexão consciente.

(...) Freire não nega o conhecimento do nível da *doxa* (conhecimento ingênuo ou do sendo comum), mas afirma que, para superá-lo, é necessário partir desse para chegar, através do nível do *logos* (razão) ao saber verdadeiro que se dá na práxis. Por sua própria característica ontológica, os homens são seres do *que fazer* exatamente porque seu fazer é ação e reflexão, é teoria e prática, é práxis, por isso mesmo diferente dos animais que são puro fazer (...) (LIMA & CARLOTO, 2009, p. 130).

Gehlen et al. (2009, p. 08 ) destacam dentro do pensamento de Freire que "o ponto de partida do processo educacional está vinculado à vivência dos sujeitos, seus contextos, seus problemas, suas angústias e, acima de tudo, às contradições presentes no 'mundo vivido'". Ao considerar a educação como um ato político, rumo às ações transformadoras, envolvendo a construção do saber de maneira crítica pelos sujeitos, o que se propõe é um processo educativo que agregue estímulo à participação, possibilidade de decisão, busca contínua pelo conhecimento, a fim de contribuir para com a autonomia dos envolvidos.

No processo de educação, para além da extensão/transmissão de conhecimento, é preciso partir de questões que expressam a vida dos indivíduos para que de fato se sintam parte do processo: o quê? por quê? como? para quê/quem? contra quê/quem? a favor de quê/quem? São indagações fundamentais dentro do contexto da ação educativa, uma vez que instigam a problematização da situação apresentada. Para Gehlen et al. (2009, p. 09 ),

problematizar consiste em abordar questões que emergem de situações que fazem parte da vivência dos educandos. É desencadear uma análise crítica sobre a “realidade problema”, para que o educando perceba esta questão e reconheça a necessidade de mudanças.

Segundo Arroyo (2009), para debruçar-se sobre a realidade, a educação deverá resgatar as vivências, as necessidades sociais que situam a vida dos indivíduos. Assim, a questão central a ser trabalhada em conjunto não será apenas circunscrita ao que o outro sabe a respeito daquela situação apresentada, mas, sobretudo, que dimensão, que impacto aquela determinada situação vivenciada traz para a vida do indivíduo. Será a partir desse questionamento que se poderá abrir possibilidade para uma leitura crítica a respeito das condições de vida e pensar estratégias de promover sua qualidade.

Malfitano e Lopes (2009, p. 364-365) apontam que o processo de educação se processa através das ações coletivas, "que têm a luta pela cidadania como objeto impulsionador de suas práticas, sendo a conscientização e a ação coletiva (...) sua maior característica". Sob esta perspectiva, os problemas apresentados nem sempre podem ser solucionados de imediato, mas poderão ser debatidos e contornados, através de um processo educativo pautado nos preceitos da autonomia, liberdade e criatividade,

os quais preveem que o alcance dos objetivos do trabalho dar-se-á a partir do conhecimento local e das potencialidades ali presentes, de maneira que se articulem, com base no que define e cria a comunidade, possibilidades de tessitura de projetos autônomos de vida (id. 2009, p. 368).

Chagas et al. (2009, p. 37) apontam que o educar tradicional "confunde “ensinar” com “transmitir”, tornando o indivíduo agente passivo da aprendizagem, e tornam evidente a necessidade de o educador assumir um novo papel, o de facilitador do conhecimento, que deve ser buscado pelo aprendiz". Para as autoras, educação problematizadora, democrática

"visualiza o ser humano como um ser histórico, submerso em condições espaço-temporais, refletindo de maneira crítica sobre a sua existência, com capacidade para transformar-se e buscar ser mais livre" (id. p. 37). Assim, a educação deve ser vista como

uma troca de experiências entre educador e educando, relação na qual um colabora para a aprendizagem do outro, sendo esta permuta inesgotável. (...) Educar significa colocar o indivíduo em contato com os sentidos que circulam em sua cultura, para que, os assimilando, possa nela viver. Essa assimilação, no entanto, não deve subentender uma atitude passiva do sujeito, pois não se trata de impor sentidos ao educando, de adaptá-lo a conceitos preexistentes (id., 2009, p. 37; 39).

Se a educação pode ser entendida como prática da liberdade, propiciando ao indivíduo participar da construção do seu conhecimento para aplicá-lo de acordo com seus interesses e necessidades, a ação educativa pode e deve ser desenvolvida em todas as instâncias que demandem a presença do indivíduo como sujeito de seu processo de aprendizado e, na saúde, não é diferente.

As práticas educativas em saúde foram influenciadas ao longo da trajetória da Política de Saúde no Brasil, tanto de modelos educativo-assistenciais cunhados numa postura biologicista quanto em modelos baseados numa visão humanística e ampla da saúde, levando-se em consideração os determinantes sociais. Estes modelos se aportam em conceitos distintos de saúde e educação que foram sendo modificados, muitas vezes não sucumbindo o outro totalmente, ao longo do tempo.

## **2.2 - Conteúdos formadores da prática educativa em saúde no Brasil: o papel da Educação em Saúde e da Educação popular**

No decorrer da história, o trato da saúde se ancorou em alguns conceitos que foram importantes para o desenho das práticas instituídas. Sendo a saúde entendida como uma prática social, seu conceito foi e continua sendo construído historicamente. Para Stotz, David

e Boldstein (2007), podem-se depreender, pelo menos, três formas de se explicar o que venha a ser saúde.

1. Tem saúde quem não tem doença. Ou seja, a saúde é a ausência de doença. Doença é algo relacionado à dor, ao sofrimento, à incapacidade para trabalhar, à morte. Esta é uma concepção cuja base é a biologia humana, o entendimento do corpo físico como o elemento central nos processos de saúde-doença. E já que é o corpo com seus sistemas de funcionamento que “fica doente”, a abordagem dos problemas acaba privilegiando o indivíduo.

2. Em outra perspectiva, saúde não é só não estar doente: é consequência das condições de vida, incluindo alimentação, moradia, salário, participação nas decisões, educação, paz, justiça social. Cada vez mais, esta ideia ganha força no mundo, e os países reconhecem que não basta ter muitos hospitais e remédios se a qualidade da vida das pessoas não é boa. Ter saúde é ter cada vez mais uma vida boa, plena.

3. Entre as duas concepções que circulam com maior legitimidade, uma vez que expressam o ponto de vista médico e o ponto de vista da saúde coletiva, existe uma outra, leiga, baseada no senso comum e na religiosidade da imensa maioria das pessoas que adoecem e sofrem. Esta concepção de cunho popular compartilha de elementos das duas outras concepções, atribuindo-lhes, porém, sentidos diferentes. Assim, não são somente os profissionais de saúde que compreendem a saúde como ausência de doença. Quando as pessoas dizem que saúde é ter capacidade de trabalhar, elas estão dizendo a mesma coisa de outra forma (STOTZ, DAVID E BORNSTEIN, 2007, p. 39-41).

Do que se concebe por saúde são traçados os princípios e diretrizes que nortearão as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, inclusive as educativas. No último quartel do século XIX e durante boa parte do século XX as práticas de saúde no Brasil, alicerçadas no Paradigma Flexneriano, eram desenvolvidas com vistas a extirpar a doença através do viés curativista, sendo apenas a partir da década de 70 que se começou a formular práticas de saúde mais amplas. Para Stotz, David e Bornstein (2007, p. 39), a concepção de saúde-doença e as práticas instituídas nas primeiras décadas baseavam-se

na responsabilidade individual, no esforço de cada indivíduo em evitar doenças e providenciar a solução dos problemas. Se não (...) [conseguisse] resolver, a culpa (...) [seria] dele. Em outros termos, (...) [culpabilizava-se] a vítima, a pessoa doente. O profissional de saúde, principalmente o médico, (...) [apresentava] a “solução” – tomar remédio, fazer a prevenção, seguir direitinho o que foi orientado. Isto (...) [acabava] por endossar uma ideia de que somente o saber do médico (...) [importava] para a saúde e (...) [reforçava] a relação de dominação do profissional sobre o “paciente”.

No desenvolvimento das práticas em saúde, a prática educativa tomou forma como estratégia para disseminar a cultura da responsabilidade também do indivíduo no cuidado, em um primeiro momento como objeto e, depois, como sujeito. Neste processo, a prática educativa teve, pelo menos, dois elementos formadores: a Educação em Saúde em seus mais variados enfoques e a Educação Popular.

No que se refere à Educação em Saúde, alguns autores, como Assis (1998), a descrevem influenciada por dois grandes enfoques: o *tradicional* - através do conceito restrito de cuidado à saúde - e o *emancipatório*, adotando um conceito mais amplo de cuidado. Entretanto, apesar de importante a tipificação proposta por Assis (1998), Tones (apud STOTZ, 1993) nos apresenta pelo menos quatro enfoques de Educação em Saúde que permearam e permeiam as práticas educativas em saúde: 1) *Educativo*; 2) *de Desenvolvimento de Pessoal*; 3) *Preventivo*; 4) *Radical*. Para Stotz (1993), os quatro enfoques têm como eixo comum a crítica ao modelo puramente médico, uma vez que os determinantes da saúde passam necessariamente por fatores socioambientais e de comportamento; além do fato de uma única disciplina – no caso o saber médico – não ser capaz de, sozinha, dar respostas concretas ao universo multifacetado da saúde. Entretanto, distinguem-se entre si pela metodologia.

Segundo o autor, o primeiro enfoque – o *Educativo* – objetiva a compreensão da situação de saúde apresentada, em que o sujeito da ação – educador/profissional de saúde – informa os usuários sobre os riscos, explora e compartilha as crenças e valores dos indivíduos; cuja eficácia “pressupõe simplesmente a demonstração de que o usuário tenha uma compreensão genuína da situação” (STOTZ, 1993, p. 16) e siga as recomendações. Ainda que se proponha educativo, este enfoque evidencia uma abordagem ainda limitada, tendo o profissional como sujeito da ação, repassando as instruções para mudança do comportamento/conduita da população frente ao cuidado em saúde. Este enfoque carrega consigo o conceito de educação a que Paulo Freire chamou de

“educação bancária”, numa referência à possibilidade de depositar conhecimentos na cabeça de um indivíduo porque, antes do processo educativo, ele não os tinha; ou ainda, por Eymard Vasconcelos (2001), de educação “toca boiada”, baseada no medo do ferrão, com o intuito de mostrar como a imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelo educador é capaz de conduzir um grupo de indivíduos a um

caminho previamente determinado. Esta abordagem estabelece uma relação vertical e autoritária entre o profissional e a população e está baseada na crença de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido e ensinado (STOTZ, DAVID e BORNSTEIN, 2007, p. 44).

As práticas educativas em saúde, neste contexto, possuíam um forte traço de transmissão unilateral de informações capitaneada pelo profissional de saúde através do saber científico, além da determinação de culpa do indivíduo pelo seu estado de saúde e a visão salvacionista dos serviços de saúde. O educar em saúde remetia-se ao bem-viver concebido por quem formulava as práticas e não por quem vivenciava o cotidiano.

Embora a dimensão educativa se (...) [constituísse] em uma parte essencial das práticas de saúde, (...) salienta-se (...) a pouca valorização dessas atividades (...) [sobre o prisma amplo e não prescritivo]. Em geral, o processo educativo (...) [era] restrito ao fornecimento pelo médico, durante a consulta, de informações sobre alguns aspectos relacionados com (...) [com a doença e os cuidados necessários]. Como a consulta médica (...) [era] o único momento interativo direto (...) [dos usuários] com os profissionais, a dimensão educacional fica[va] diluída no conjunto de práticas voltadas para a detecção e o controle de fatores de risco biológicos, tais como, a anamnese dirigida, o exame físico e a solicitação de exames (...) (FELICIANO & KOVACS, 2003, p. 396).

Seguindo o Enfoque Educativo, o segundo – o de *Desenvolvimento de Pessoal* – de acordo com Stotz, trabalha no sentido de

aumentar as potencialidades do indivíduo (...) desenvolvendo destrezas para a vida (...) [incrementando] a capacidade individual para controlar a vida e a recusar a crença de que a vida e a saúde estão controladas desde o “exterior” (destino, homens poderosos) (STOTZ, 1993, p. 16).

O objetivo de desenvolver no cidadão habilidades para sozinho resolver seus problemas de saúde evidencia que tanto o primeiro enfoque (Educativo) quanto o segundo (de Desenvolvimento de Pessoal) trabalham o indivíduo como se ele fosse livre e capaz o bastante para decidir por si só sobre as informações as quais tem acesso e comportamentos que deve adotar, quando se sabe que, na verdade, grande parte dos indivíduos não tem essa possibilidade devido às condições exacerbadas de vida e acesso precário à saúde.

O terceiro enfoque denominado *Preventivo*, que, como aponta Stotz (1993, p. 17), é “dominante nos serviços de saúde”, trabalha sobre o prisma do comportamento visto como fator de risco, ensejando a transformação da atitude impensada que gera a fragilidade/risco eminente para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis. Neste enfoque, o ato de educar orienta-se pelo modelo médico hegemônico de base biologicista e monocausal, na medida em que associa o quadro de doença como decorrente do comportamento desregrado que acarreta o risco à saúde e sua eficácia é traduzida na adoção de atitudes saudáveis e, no caso da aids, seria o de não se relacionar com múltiplos parceiros, não compartilhar seringas e agulhas, entre outros.

Educar em saúde sob este prisma valorizava um leque de elementos que supostamente promoviam a saúde aos indivíduos, ou seja, a tarefa de educar consistia numa longa lista de tarefas em que figuravam a adoção de bons hábitos como: vacinar os filhos, ir ao médico, não se automedicar, escovar os dentes, manter o ambiente limpo, tomar banho, ter uma alimentação equilibrada e saudável, praticar esportes, ter atividades de lazer, estar apto e bem disposto para o trabalho, entre outros. A adoção de tais condutas pautava-se apenas em “preceitos individuais para o bem viver” (PEREGRINO, 2000).

Segundo Stotz (1993), estes três primeiros enfoques – o Educativo, o de Desenvolvimento de Pessoal e o Preventivo – guardadas as devidas proporções, evidenciam a tendência de debitar ao indivíduo a responsabilidade sobre as ações. Ao usuário cabe ouvir sobre a situação de saúde apresentada, expor o que sabe sobre ela, entender o risco que traz e escolher adotar condutas saudáveis. Assim, práticas educativas em saúde aportadas apenas nestes enfoques deixam transparecer seu conteúdo individual, superficial e cosmético acerca das situações-problema que demandam uma visão mais global que leve em consideração os determinantes sociopolíticos, econômicos, ambientais e culturais que envolvem o processo saúde-doença.

No adensamento das discussões sobre os enfoques educativos que devem permear as práticas de saúde, Tones (*apud* STOTZ, 1993) evidencia o quarto enfoque – o *Radical* –, que emerge considerando que “as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde” (id. 1993, p. 18), na medida em que trabalha numa “perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças” (id. 1993, p. 18). O ato de educar neste enfoque volta-se a proporcionar ou facilitar o processo de luta pela ampliação da



política pública de saúde, evidenciando o papel também do Estado e não apenas do indivíduo no processo saúde-doença.

De acordo com as observações de Stotz (1993), no enfoque Radical, assim como no Preventivo, aparece a “persuasão como princípio orientador da ação educativa” (id. 1993, p. 19), mas não sobre os riscos e, sim, uma persuasão política no sentido de ampliação da oferta e acesso aos serviços de saúde.

Além dos enfoques de Educação em Saúde explicitados por Stotz (1993), baseado nos estudos de Tones, outro desponta como conteúdo formador da prática educativa: a *Educação Popular* (id. 2004).

A Educação Popular configurou-se na mola-mestra para a adoção de uma postura diferente no que concerne às práticas de saúde até então desenvolvidas, e diversos autores<sup>21</sup> destacam sua importância para a construção de um processo de cuidado em saúde diferente do preconizado em muitas práticas até então. Segundo Arroyo (2009, p. 403), "a construção do indivíduo, enquanto sujeito de seu processo saúde-doença, tem sido um dos aspectos mais pedagógicos do movimento de educação popular", pois, neste processo, "vão se conformando o pensamento e as intervenções práticas da educação popular e saúde. (...) [destacando] (...) saberes, (...) cultura", e potencial de participação e luta dos indivíduos por seu direito à saúde.

Malfitano e Lopes (2009:364) evidenciam, baseadas no pensamento de Sophia (2001), que a educação popular em saúde se define como um “campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e o fazer do dia a dia da população” e que essa experiência "acontece quando o trabalho profissional entra em diálogo com a cultura popular".

A reflexão sobre práticas de saúde mais abrangentes despontou a partir do contato de profissionais de saúde com a experiência da Educação Popular, surgida no final da década de 1950 e início da de 1960, a partir do envolvimento do segmento erudito (professores, padres, cientistas sociais, entre outros) com a questão social.

Na busca de um trabalho pedagógico mais político e emancipador do que disciplinador, estes profissionais estavam insatisfeitos com as práticas mercantilizadas, rotinizadas dos serviços oficiais e desejosos de uma significativa atuação nas classes populares sob bases diferenciadas das até então empregadas (VASCONCELOS, 2001). A

---

<sup>21</sup> Como Stotz, Arroyo, Malfitano e Lopes, entre outros.

partir do referencial da Educação Popular, os profissionais de saúde começaram a adotar os pressupostos de uma prática de cunho mais libertário, cuja ênfase do processo educativo

estava no entendimento, pelos sujeitos populares, das razões da desigualdade social na saúde e da necessidade de conquistar o direito social à saúde. Experiências nas capitais – Zona Leste de São Paulo; Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro; Bairro dos Coelhos, em Recife – e nas áreas rurais – Meio Grito, na região de Goiás Velho – propiciaram o aparecimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS), uma articulação entre ativistas sociais, profissionais e técnicos da área da saúde (STOTZ & WONG, 2005). Muitos deles iriam compor, juntamente com outras propostas – Pastoral da saúde, Medicina Geral Comunitária etc. –, o chamado movimento da Reforma Sanitária que está na origem do Sistema Único de Saúde (SUS) (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 46).

Para autores como Stotz e Bornstein, a preocupação com o ato educativo como

mediação social para fortalecer grupos e diminuir desigualdades – ou ao contrário, para perpetuar processos de dominação – foi a preocupação de alguns professores e pedagogos no Brasil e em outros países latino-americanos, e as propostas pedagógicas alternativas ao modelo dominante surgiram, principalmente, a partir da década de 1960 (...). A pedagogia da problematização (...) [teve] o intuito de desenvolver propostas educativas voltadas 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 e BORNSTEIN, 2007, p. 57-58).

Como conteúdo formador da prática educativa, a Educação Popular – com destaque na área da saúde – se constitui como um movimento social que debruça o olhar não apenas à contribuição trazida pelo arcabouço técnico-científico, mas, também, sobre o saber popular, fruto da vivência da população em suas lutas cotidianas para acesso e direitos inclusive os ligados à saúde. Para Stotz, o objetivo da Educação Popular reside na

perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade (...),

[tomando] (...) como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares [tão importante e rico quanto o saber científico]. Na saúde isto significa considerar as experiências das pessoas sobre o seu sofrimento e dos movimentos sociais e organizações populares em sua luta pela saúde nas comunidades de moradia, de trabalho, de gênero, de raça e etnia (id. 2004, p. 08).

A Educação Popular, preconizando uma nova concepção do educar, trouxe para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde um novo tipo de pedagogia, não adaptativa, mas propiciadora de mudanças efetivas na realidade através da relação problematizadora/dialógica preconizada por Paulo Freire. De acordo com Stotz e Bornstein (2007, p. 46),

Os fundamentos da educação popular encontram-se nos trabalhos educativos desenvolvidos nos anos 50-60 do último século, principalmente ligados à União Nacional dos Estudantes e à Juventude Universitária Católica. Estas experiências, dentre as quais se destaca o Centro de Cultura Popular (CPC) e o Movimento de Educação de Base (MEB), vinculavam a educação à construção de uma sociedade mais justa e democrática. Com os nomes de “educação de base”, “educação de adultos” ou “educação popular”, tais experiências encontraram em Paulo Freire a sua mais conhecida sistematização.

Paulo Freire, autor já abordado neste trabalho, foi um educador em toda acepção da palavra, que desenvolveu um trabalho voltado para as classes populares ao conceber o processo educativo como ação integradora entre os diversos atores sociais envolvidos: o educador, o educando, a rede familiar e social, as instituições. Questionando a pedagogia até então utilizada – depositária de um saber calcado na ideologia dominante –, sua perspectiva era a de criar novas concepções do educar, desencadeando um processo crítico e integrador que levasse a uma maior comunicação entre os pares, sem falar no necessário ajuste entre conteúdo e método sobre o prisma das condições sócio-históricas e culturais da população.

Paulo Freire via a educação como um instrumento de conscientização, libertação e transformação. O método propunha partir da situação-problema do educando, compreendida dentro do seu universo vocabular, de modo a permitir a análise crítica e a atuação do próprio educando para resolvê-la. (...) a educação, disse ele, deve permitir ao educando ficar mais sabido, não só para ter saber, mas para usar este saber para tornar a sua vida e a dos outros melhor (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 46).

Oliveira (1997), ao dar sua contribuição à obra freiriana que tange à Educação popular, assinala que

Para além da redução ao aspecto estritamente pedagógico e marcado pela natureza política de seu pensamento, Freire adverte-nos para a necessidade de assumirmos uma postura vigilante contra todas as práticas de desumanização. Para tal, o saber-fazer da autoreflexão crítica e o saber-ser da sabedoria exercitados, permanentemente, podem nos ajudar a fazer a necessária leitura crítica das verdadeiras causas da degradação humana e da razão de ser do discurso fatalista da globalização (OLIVEIRA, 1997, p. 12).

Para a Educação Popular, o educar significa interagir com o outro, sendo um instrumento de promoção do ser humano. Segundo Castro (2004), a educação como prática educativa 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, Prado, Santos e Cubas (2007), aportados no pensamento de Levy et al. (2004), consideram que o educar constitui-se em um

(...) fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltados para a pessoa humana. (...) a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano, em particular o biopsicológico e o sociológico. Do ponto de vista humano, a educação [popular] tem por objetivo levar o indivíduo a realizar suas possibilidades intrínsecas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de sua personalidade. Sociologicamente, a educação é um processo que tem por fim conservar e transmitir cultura, atuando como importante instrumento e técnica social. Em termos gerais, em relação às necessidades individuais, a educação visa: desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito; desenvolvimento emocional; formação do espírito crítico; desenvolvimento da capacidade criativa; desenvolvimento do espírito de iniciativa; formação estética; formação ética e formação moral; No plano das necessidades sociais, os objetivos da educação [popular] são: conservação e transmissão cultural; desenvolvimento do senso de responsabilidade social do educando; instrumentalização do educando para que participe conscientemente das transformações e do progresso social; formação política para o pleno exercício da cidadania; formação econômica; formação para as parcerias e solidariedade e integração social (LEVY et al., 2004 *apud* PRADO, SANTOS E CUBAS, 2007, p. 32).

Vasconcelos (2001) delimita o campo da Educação Popular assinalando que a mesma não é sinônimo de educação informal. É um processo que valoriza, sobretudo, os saberes e as práticas dos sujeitos populares. Como projeto pedagógico, preconiza a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Em suas palavras, a educação popular:

Busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (VASCONCELOS, 2001, p. 15).

O ato de educar não advém apenas das instituições formais (escolas e seus programas e ementas), mas também se inscreve nas relações sociais estabelecidas entre os homens. Ao desejar uma educação popular que se diga libertária, capaz de emancipar, há que se ter em mente que a educação formal não é capaz sozinha de propiciar os elementos para a libertação. Isso só será possível quando, baseados em preceitos freirianos, houver o envolvimento fraterno entre os homens através do diálogo franco e aberto, capaz de suscitar o debate.

Muito profissionais (...), no corre-corre, acabam confundindo educar com domesticar. É comum alguns profissionais negarem-se se a atender as pessoas por falta de documento, alegando que assim elas aprendem a importância de não esquecê-lo. Confundem, assim, educar com domesticar. Pouco se explica da necessidade destes dispositivos para o Usuário, não levando em conta as razões do esquecimento. Pode-se mesmo dizer que em alguns casos esses dispositivos acabam afastando e/ou dificultando o acesso do Usuário aos serviços. Além disso, é preciso pensar o absurdo de tantos documentos e números diferentes para identificar um ser humano. É perfeitamente possível pensar soluções em que as pessoas não sejam vistas como números ou prontuários em uma prateleira, mas para isso os profissionais e os usuários terão que ser ver como parceiros e não como adversários. E essa superação parece ser mais possível através da Educação Popular em Saúde (PRADO, SANTOS E CUBAS, 2007, p. 37).

Segundo Stotz e Bornstein (2007, p. 57),

A concepção transformadora de educação [popular] parte das condições concretas de vida para estabelecer, pelo diálogo, processos educativos

capazes de melhorar sua vida. A problematização é uma forma de explicar uma situação, e também uma escolha pedagógica na qual a participação de todos é estimulada, em todos os momentos. Ao mesmo tempo em que trazem suas ideias – ensinam – as pessoas aprendem. E, ao aprenderem, crescem e se tornam mais fortes.

A educação popular configura-se na expressão da participação dos indivíduos na discussão e proposição de soluções coletivas para os problemas. Não se está dizendo aqui, numa visão reducionista, que seja tarefa dos indivíduos resolverem por si só suas questões. Muito pelo contrário, conclamam-se os indivíduos a serem sujeitos da história e de seu processo de saúde cuidado, o que envolve esforços de todos os sujeitos imbricados nesta relação: usuários, profissionais, gestores e instituições. Para Stotz (2004, p. 05), a Educação Popular, especialmente no campo da saúde,

é parte de um movimento mais amplo, seria mais correto falar que é patrimônio comum de pessoas que participam em redes de movimentos sociais. A Educação Popular e Saúde é um campo de teoria e prática que, enraizada em matrizes diferentes – humanista, cristã e socialista –, encontra seu denominador comum no pensamento de Paulo Freire. Ela se contrapõe ao autoritarismo vigente na cultura sanitária e no modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área da saúde e orientasse por modos alternativos e bastante diferenciados de lutar pela transformação das relações de subordinação e de opressão, em favor da autonomia, da participação das pessoas comuns e da interlocução entre os saberes e práticas.

Stotz (2004) chama a atenção para o fato de que a Educação Popular, operacionalizada de forma a levar em consideração as experiências dos educandos e esgotando todas as possibilidades de cuidado disponíveis nos serviços, contribui para a satisfação das necessidades de saúde da população, na medida em que também é objetivo da Educação Popular buscar romper com a segmentação e a focalização da atenção em saúde, no sentido de construir um sistema de saúde sob pilares mais democráticos e menos cerceadores do direito a um cuidado integral, em que os atores sociais envolvidos – profissionais, usuários e instituições – possam vislumbrar práticas mais horizontais e menos verticais.

Importante destacar que, influenciadas pelos preceitos da Educação Popular no que tange ao aspecto político do educar como promotor de cidadania e mudança do processo de

cuidado, as práticas educativas em saúde passaram, aos poucos, também a ser desenvolvidas através de uma intervenção não restrita ao comportamento pessoal de cada um, mas sob uma perspectiva de totalidade, atuando sobre os determinantes sociais que também envolvem o processo saúde-doença.

Os determinantes sociais da saúde ligam-se às condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais imbricados nas situações-problema. Segundo Buss & Filho (2007, p. 78), aportados em Krieger (2001), os determinantes sociais da saúde seriam “fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação”.

A educação popular em saúde requer um diálogo franco e aberto, em que se possa conhecer a vida e os problemas do outro. Só assim, nesta relação de proximidade, é que o cuidado pode se materializar como processo construído conjuntamente e não individualmente, numa perspectiva tradicional. Logo, a educação popular em saúde

considera o saber comum das pessoas sobre a experiência de adoecimento e de cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, o ponto de partida do processo educativo. É por isso também que os meios frequentemente utilizados pelos educadores populares têm mais a ver com a dinâmica da vida popular: rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular. E também a preocupação em dar um caráter resolutivo às conferências de saúde em cada nível de organização – bairro, distrito, cidade, estado, país – por meio da ampliação da participação popular (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 45).

Partindo desse pressuposto, a aliança entre saber popular e científico permeia elementos como *identidade* (quem são estes usuários, ao 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”) (MARTINS *apud* VALLA, 2000, p. 25), entre outros.

Segundo Stotz (2004), o conhecimento científico não é absoluto, pois é limitado devido à complexidade dos problemas de saúde. Como não possui respostas para todas as questões que envolvem o cuidado, necessita do diálogo com quem cuida para traçar em

conjunto as possíveis soluções. Este diálogo, e não monólogo, necessita de um elemento presente no enfoque da Educação Popular que diz respeito à problematização, implicando, segundo o autor,

(...) a identificação de questões de modo inseparável dos meios ou recursos de que tanto os serviços como grupos populares envolvidos dispõem para tentar respondê-las. Na medida em que estão em interação grupos sociais distintos inclusive pela forma de conhecer, uma abordagem comum dos problemas de saúde implica a elaboração de uma base conceitual comum para pensar estes problemas (id. 2004, p. 09).

No exercício da problematização, a interação dialógica que permita a troca de experiências e saberes é fundamental no processo de enfrentamento dos problemas de saúde, e o “resultado deste processo no âmbito dos serviços e do sistema de saúde será a produtividade social, porque os recursos públicos, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultarão de fato nas melhores formas de encaminhar os problemas de saúde e de garantir qualidade de vida à população” (id. 2004, p. 09).

No desenvolvimento das práticas educativas em saúde, não se trata de adotar um único enfoque como absoluto - se tradicional ou emancipatório - pois cada um deles captura elementos uns dos outros. O importante nas práticas educativas é que elas sejam desenvolvidas à luz das necessidades de saúde apresentadas pela população demandante dos serviços e que os profissionais estejam capacitados para realizar o exercício da fala e da escuta qualificados. Como aponta Vasconcelos (apud STOTZ, 2004, p. 09),

(...). Modos de sentir, pensar e agir interagem permanentemente com outros modos diferentes de sentir, pensar e agir. Na formação de pessoas mais sabidas, devem ser criadas oportunidades de intercâmbio de culturas. E as pessoas mudarão quando desejarem mudar e quando tiverem condições objetivas e subjetivas de optar por um outro jeito de viver. (...).

Na prática educativa em saúde em que se queira contribuir para a promoção da saúde – logo, uma prática educativa pautada no educar para o cuidado integral – , quem educa, ou facilita o processo, deve colocar o indivíduo como sujeito na ação, assim como o próprio indivíduo deve sentir-se nesta condição. É justamente o chamado à participação dos indivíduos no processo de cuidado que diferencia a prática educativa ampla da restritiva, uma vez que a última, voltada apenas para o prescritivo, coloca o indivíduo na condição de



portador da doença “X” – a aids, por exemplo – e que, ao saber de seu diagnóstico, deve seguir a prescrição profissional que dita as providências a serem tomadas.

O cuidado integral sustentado por uma prática educativa materializa-se através da “interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (AYRES, 2004, p. 74). Cuidar não seria apenas projetar a responsabilidade no outro, mas cuidar em conjunto com o outro, responsabilizando-se mutuamente, redundando em um cuidar “como modo de interação nas e pelas práticas de saúde” (id. 2004, p. 81).

Pensar o cuidado como construção coletiva nas práticas educativas, ou seja, que demanda o envolvimento de outros atores e saberes que não apenas a área biomédica, torna-se uma tarefa árdua, pois, como aponta Ayres (2004, p. 81), por mais que a medicina tenha se tornado “medicina social”, ampliando sua esfera de intervenção ao “campo das relações sociais”, tal processo não “afetou radicalmente o caráter individual do cuidado de si, especialmente quando se trata das ações de assistência médica” (id.), pois ainda é “sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva” (id.). Como exemplo dessas tecnologias, ainda são presentes as ligadas à questão de higiene e comportamentos de risco.

A prática educativa em saúde, visando à capacitação dos sujeitos e grupos para o enfrentamento de seus problemas, instrui o indivíduo, de forma conjunta, a compreender sua situação a partir de sua condição de vida, tendo um pouco mais de segurança para fazer escolhas a partir de sua vivência, valores, trocas de experiência, e não simplesmente seguir o destino escolhido por outrem. Entretanto, só é possível pensar uma prática educativa ampla, a que neste trabalho será considerada como integral, se a mesma advier das necessidades de saúde apresentadas por indivíduos e grupos e não aquela imposta por manuais e prescrições, dosadas pelo juízo de valor de seus adotantes (educadores/profissionais de saúde).

A prática educativa, sob os pilares da participação, da cidadania, da dialogicidade, do acesso e do controle social, pode ser percebida como estratégia que privilegia um modelo de prática já visualizado nos anos 50 e, com a Educação Popular, voltou a ganhar força nas décadas seguintes: o de *solução-do-problema*.

Na literatura que trata do assunto, destacam-se os estudos de Perlmann<sup>22</sup> (1976) ao evidenciar que o modelo “solução-do-problema” 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 as situações-problema, faz-se 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 para esta escassez seria pagar uma consulta na rede particular; a solução coletiva seria discutir no Conselho a demanda reprimida, acionando os órgãos competentes para exercício desse direito.

No processo de resolução de situações-problema, encontram-se estreitamente relacionados, além dos indivíduos, os profissionais, os serviços e todo arcabouço técnico-operacional disponível. Segundo Perlman (1976:34), 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 profissional, cujo processo o 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 pelo usuário. O usuário, neste processo, aprende a solucionar seu problema de saúde e, gradativamente, se qualifica para novas

---

<sup>22</sup> Autora do Serviço Social trouxe sua contribuição à prática educativa ao destacar a importância do não fazer para, mas com o indivíduo. Nas décadas subsequentes, outros autores também viriam a defender a forma conjunta de educar e de fazer saúde, calcando seus estudos em novas bases como a freiriana.

decisões, assegura a formação da cidadania e fortalece a compreensão de seus direitos, entre eles o direito de receber toda informação sobre seu estado de saúde.

Culturalmente, quando o problema aparece, os indivíduos procuram as instituições e profissionais para resolvê-los. Muitas vezes, esperam respostas imediatas o que não ocorre na maioria dos casos. Nos processos educativos, as respostas não devem ser dadas apenas por uma parte – os profissionais – ainda que seja necessária sua intervenção.

A prestação do serviço com qualidade é importante (uma boa anamnese, a escuta atenta às demandas, buscando alcançar as necessidades dos indivíduos), mas o sucesso da intervenção depende da compreensão que os usuários irão ter de sua condição de saúde e isso só é possível através de um processo reflexivo, dialógico, na responsabilidade compartilhada por ambos. Assim, na solução de problemas, Perlman (1976) explicita que, através de processos educativos, o que se objetiva 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 – pois a inserção em uma política pública pode resolver um problema de ordem material, por exemplo.

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 lhe 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. 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 vínculo, ampliando a reflexão de todos os atores sociais envolvidos no cuidado em saúde, proporcionando ou despertando capacidades para solução das questões apresentadas, rompendo a aparência, buscando a essência dos fatos.

Ao se pensar os elementos de uma prática educativa ampla, integral, cunhados a partir dos anos 1970, pode-se perceber alguns aspectos que remetem aos passos elencados por Perlman (1976) para se chegar à solução dos problemas. Primeiramente, deve-se identificar o problema, a questão que aflige o usuário – se o vírus da aids, se o problema com o filho, o desemprego, entre outros –. 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, 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, etc.

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, 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.

Em seu ensaio, Perlman não aprofundou as discussões da prática educativa – onde quer que ela se dê – pautada em necessidades. Entretanto, seu modelo de solução-do-problema remete a pensar que esta "solução" dar-se-á de fato se houver observância às necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos. Assim, como Perlman nos anos 50 ensaiava uma postura diferenciada no trato do usuário – o que pode inferir certa proximidade com o pensamento de Freire e das práticas educativas mais amplas/integrais –, Heller, na década de 70, trazia sua contribuição quanto à discussão das necessidades.

No ensaio de Heller “*Teoria de las necesidades em Marx*” (1986, 2ª edição), as necessidades não têm só uma conotação econômica, como se os indivíduos tivessem apenas necessidades materiais, imediatas. Para Heller, as necessidades pensadas apenas sob o prisma material desencadeiam um processo de superficialidade às práticas, na medida em que cuidam da aparência e não se chega à essência dos fatos. Para a autora, o processo de alienação dos sujeitos começa pelo imediatismo oculto por trás das demandas que, resolvidas rapidamente, obstaculizam os indivíduos a pensarem questões mais profundas, a refletirem sobre o que realmente precisam, desejam, e a discutirem coletivamente estratégias de luta pela garantia das reais necessidades.

Por outro lado, Heller (1986) nos adverte que o processo de percepção dessas necessidades não é algo fácil; na medida em que o primeiro elemento que aparece geralmente é a demanda a ser resolvida. Entretanto, em um exercício de escuta qualificada, pode-se, a partir da demanda (aparência), descobrir uma necessidade (essência), que é maior e mais complexa. Assim, para Heller (1986), as verdadeiras necessidades são aquelas ligadas à emancipação humana desencadeada pela reflexão global e não aparente das situações.

De acordo com o pensamento de Heller, o fortalecimento dos indivíduos pode ocorrer a partir da reflexão de suas condições de vida, redundando em seu fortalecimento como

sujeitos portadores de direitos. Isso significa que, trazendo esta discussão para o campo da saúde, os indivíduos teriam a possibilidade de lutar pela ampliação do acesso e qualidade dos serviços, já que suas necessidades de saúde não se limitam às corriqueiras demandas apresentadas.

Na discussão das necessidades em saúde, Stotz as define como “(...) necessidades de milhões de indivíduos e, ao mesmo tempo, necessidades coletivas” (id., 1993, p. 21). Necessidades estas que não devem ser arbitradas pelo educador, mas captadas da realidade em que vive a população. Na saúde, as necessidades se ligam ao "conceito que se tem de saúde” e “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. 01; 03).

Na adoção das necessidades de saúde apresentadas pela população para o desencadeamento de práticas educativas mais amplas, Cecílio (2001), ancorado no pensamento de Stotz (1991), aponta que tais necessidades possuem potencial para ajudar os profissionais e serviços de saúde a desenvolverem uma escuta qualificada “das pessoas que buscam ‘cuidados de saúde’, tomando suas necessidades como centro de suas intervenções e práticas” (CECÍLIO, 2001, p. 113-114).

Segundo Cecílio (2001) – a partir das indicações de Stotz (1991) –, as necessidades de saúde “são social e historicamente determinadas/construídas (...)” (id. 2001, p. 114). Partindo desse pressuposto, o autor evidencia que as necessidades de saúde, assim constituídas, podem ser trabalhadas em quatro conjuntos: *Boas Condições de Vida; Acesso; Criação de Vínculos; Autonomia*.

O primeiro conjunto que compreende as necessidades de saúde “*Boas Condições de Vida*” evidencia que o modo como se vive, o grau de acesso aos mínimos sociais como condições de trabalho, moradia, renda, saneamento básico, escolaridade, lazer, entre outros, implica necessidades de saúde diferenciadas, já que quanto mais alijado dos direitos sociais, mais vulnerável se torna o indivíduo (CECÍLIO, 2001).

Acoplada às condições de vida que interferem na condição de saúde se situa a questão do “*Acesso*”, uma vez que o sujeito possui a necessidade de acessar os serviços e ter ao seu alcance as tecnologias de saúde capazes de proporcionar melhoria à sua vida. Pertinente à esta questão, Cecílio (2001), recuperando o pensamento de Merhy (1997) a respeito das

tecnologias leves, leve-duras e duras, aponta que cada tecnologia – não importando se mais ou menos complexa – será aplicada “a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (id, 2001, p. 115).

Na prática educativa pautada em necessidades, que determinarão o tipo de tecnologia a ser adotada, a construção de “*Vínculos*” entre profissionais e usuários – vínculo entendido como aponta Cecílio (2001, p. 115) “enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do ‘sistema’ de saúde para o usuário. (...) o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” – torna-se importante estratégia de aproximação com os indivíduos na apreensão de necessidades, na medida em que facilita o processo de horizontalização das relações de cuidado, impulsionando o debate sobre as situações-problema, contribuindo para o fomento à autonomia dos sujeitos.

Em se tratando de “*Autonomia*”, quarto conjunto de necessidades, Cecílio (2001, p. 115) aponta que a mesma “(...) implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla”.

Desenvolver práticas educativas em saúde pautadas nestes quatro conjuntos de necessidades não se configura tarefa das mais fáceis; isso porque os profissionais e serviços estão acostumados a trabalhar com demandas que são apenas a primeira evidência de uma necessidade que, com certeza, é maior e mais complexa. Decodificar as necessidades camufladas em demandas exige um esforço de aproximação dos serviços/profissionais com os usuários, no sentido de um compromisso e preocupação “(...) de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas (...) [pelo indivíduo] que busca o serviço” (id. 2001, p. 116).

No campo das práticas educativas mais amplas, o conceito de educar em saúde proposto passou a privilegiar o agir político, objetivando a capacitação dos indivíduos para busca 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.

### **2.3 - A prática educativa e sua relação com a Informação, Participação, Acesso e Assistência/cuidado integral**

Diferente das práticas de saúde que ditam as regras de um cuidado voltado ao comportamento saudável, a prática educativa integral foi pensada pautada em características como incentivo ao desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos em relação aos problemas de saúde com a não transmissão vertical de informações; estabelecimento de relação entre saberes popular e científico; privilegiamento de espaços coletivos com trabalhos individuais e em grupo ricos em debate e participação. Assim, o educar em saúde crítico passa a implicar pelo menos quatro aspectos que, se trabalhados em conjunto, de forma ampla e não reducionista, podem promover a saúde como qualidade de vida: a *Informação*, a *Participação*, o *Acesso aos serviços* e a *Assistência/Cuidado Integral*.

No que concerne à *Informação*, a relação de dialogicidade compõe o conteúdo de reforço à cidadania preconizada por esta outra modalidade de educar em saúde, cidadania esta entendida 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 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. Para Gentili (1995, p. 4-25),

nas democracias de massas, marcadas pela expansão dos direitos, o direito à informação constitui-se num direito “em si” e, ao mesmo tempo, é a porta de acesso a outros direitos (...). [Sem o direito à informação], “o exercício de outros direitos fica prejudicado”.

Em todos os espaços da vida moderna, em especial no âmbito da saúde, o acesso à informação é fundamental. O princípio inscrito na Lei 8.080-90<sup>23</sup> demonstra que o usuário tem o direito de receber toda informação necessária sobre seu estado de saúde. Para Gentili (1995, p. 159-60),

---

<sup>23</sup> Artigo 7º, incisos V e VI.

(...) o direito à informação deve ser pensado na perspectiva de um direito para todos (...) 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 (...).

Nessa perspectiva

O direito à informação (...) deve ser pensado como o direito que inclui (...) as condições necessárias para realizar as escolhas concernentes ao exercício pleno dos direitos. O direito de cada um ter acesso às melhores condições possíveis para poder formar as próprias preferências particulares, fazer suas escolhas e seus julgamentos de modo autônomo. (...) [Já que] o cidadão tem o direito de ser provido das informações necessárias para o seu dia a dia. (...) Informação sobre saúde (...), [tratamento], formas de prevenção de doenças (...), sobre aids (...) (GENTILLI, 1995, p. 160-162).

O direito à informação é essencial para a liberdade; não qualquer informação, mas uma informação não manipulada ou manipuladora. Apenas informar não é suficiente para que os cidadãos formem opinião e se apoderem das rédeas de suas vidas. É preciso, também, dialogar. Para Peruzzo (2007, p. 02), “(...) o acesso à informação e à comunicação (...) são direitos humanos”; 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”.

O diálogo genuíno ocorre com a inter-relação entre os indivíduos, no sentido do exercício da fala e da escuta, num processo de reflexão. Dialogar é estar aberto, disposto a receber proposições e encaminhar um debate mais amplo. Somente através do diálogo é possível empoderar o coletivo para que seja “tão livre quanto os mais poderosos” (PASQUALI, 2005, p. 37). Desta forma, as práticas educativas de cunho amplo inscrevem-se em “um processo que se insere num tipo de ação de levantamento de problemas e busca de soluções compartilhadas, [onde] não existe um ‘que sabe e ensina’ e outro ‘que não sabe e executa’” (STOTZ e BORNSTEIN, 2007, p. 54).



Diversos autores concordam que, na prática educativa em saúde, o diálogo se faz importante na medida em que não se confunda diálogo com repasse de informações, buscando a emancipação humana através de pensamentos e posicionamentos depositados linearmente no outro. Até porque não se emancipa ninguém apenas com informação e orientação, ainda que façam parte do processo. Emancipar é propiciar que os sujeitos tenham acesso a bens e serviços que supram suas necessidades, entendendo este acesso como um direito e possam tomar as rédeas de suas vidas. Para haver emancipação, é preciso haver inclusão social e produtiva.

Oliveira (2009), por exemplo, destaca que, na prática educativa, educar vai muito além da transmissão de informações. Educar seria dialogar, formar,

(...) refletir sobre o que informa nossas escolhas, ideias, visões de mundo, valores, atitudes. Ou seja, na teia dos significados individuais, tecer uma rede de significados coletivos, onde haja ressonância e solidariedade, no âmbito de projetos existenciais mais complexos. (...) a informação, a educação e a comunicação em saúde precisam ser contextualizadas num mundo em aceleradas e profundas mudanças. Não basta disponibilizar informações em avalanches quantitativas, sem que haja uma reflexão contextualizada sobre os objetivos a que se destinam. (...). Educar e comunicar pressupõe uma ética identitária, um percurso a seguir, uma responsabilização, com clareza de objetivos (OLIVEIRA, 2009, p. 14).

Na prática educativa em que se queira exercitar o diálogo, é preciso abrir espaço para a escuta dos saberes e necessidades dos indivíduos e grupos envolvidos no processo educativo. Freire já apontava que escutar seria

(...) obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro. Isto não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas autoanulação. A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar (FREIRE, 2005, p. 119).

Seguindo esta linha de pensamento, Lima e Carloto (2009, p. 138) evidenciam que a prática educativa dialógica como práxis social é

modificação do modo de perceber a realidade e também ação sobre as estruturas sociais. É nesse sentido que é política. Dessa forma compreendida, uma ação educativa não pode ser apenas informativa. Para que haja mudança, é necessário diálogo entre as partes, é necessário práxis.

Para Alves e Almeida (2008, p. 106-107), uma prática baseada na comunicação/diálogo é "compreendida em sua perspectiva verdadeira, que não é outra senão a de humanizar o homem na ação consciente que este deve fazer para transformar o mundo". Para os autores,

a comunicação é um princípio que deve reger o convívio não só entre os técnicos (...) [e população], mas todo o processo educacional. (...) Não temos que considerar perdido o tempo do diálogo que, problematizando, critica e, criticando, insere o homem em sua realidade como verdadeiro sujeito de transformação (id. p. 107-108).

A relação dialógica envolvida nas práticas de saúde requer outro aspecto que envolve o educar em saúde crítico: a *Participação*. A participação, imprescindível nas práticas de saúde, se estende a todos os sujeitos envolvidos na linha do cuidado: usuários, profissionais e serviços. 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. Logo, 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).

Para Hortale, Pedroza e Rosa (2000, p. 235), a participação relaciona-se ao controle social, entendido como a

participação real da população na administração dos serviços, associada à gestão técnica e interna (indo contra a tendência crescente de profissionalização e burocracia). O objetivo a ser atingido por esse controle e essa participação é o de otimizar a função de interação com o meio (adaptável), e a avaliação se dá pela existência e condição de operação de mecanismos concretos de participação popular: conteúdo do processo, mecanismos de participação, finalidade das experiências (...).

Trazendo esta discussão para a prática educativa, a participação dos sujeitos no projeto terapêutico se faz importante e necessária, na medida em que o cuidado não se processa a partir de um único sujeito que dita as regras. O cuidado envolve o intercâmbio de vários sujeitos no sentido de refletir sobre a prática e tomar, conjuntamente, as decisões sobre a melhor estratégia para resolver o problema naquele momento.

*A participação* popular fomenta o anseio pelo *Acesso* a serviços de qualidade, capazes de oferecer uma assistência integral. Quando se participa ativamente das situações-problema que assolam o cotidiano dos indivíduos em sociedade, melhor a percepção crítica dos mesmos tanto no que concerne à própria visão de mundo quanto em relação à qualidade do equipamento público a que se tem acesso. Para Travassos, Oliveira e Viacava (2006), o acesso refere-se à possibilidade de o cidadão utilizar os serviços de saúde sempre e de acordo com suas necessidades, buscando soluções para as questões apresentadas, interagindo com o processo educativo. Giovanella & Fleury (1996, p. 194) complementam esta linha de pensamento ao sinalizarem que o acesso não deve ser visto

(...) como uma entrada do usuário em um sistema preexistente, ao qual ele dá entrada em momentos especiais de sua história de vida, mas sim como uma construção, pela sua participação cidadã, desse sistema e a conformação de suas práticas, além de requerer a sua participação também na gestão e controle social.

Pertinente a esta questão, Hortale, Pedroza e Rosa (2000) consideram a categoria acesso como um valor equacionado em duas instâncias: a *central/local* e a de *população/usuários*

A *instância central/local*, ao nível dos serviços: “(...) 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, PEDROZA & ROSA, 2000, p. 235).

*A instância população/usuários:* “(...) onde se manifesta a legitimidade e confiança no sistema de saúde. É onde são revelados os fatores socioculturais (...) que influenciam o comportamento individual, como as crenças sobre os médicos e os serviços médicos, orientações pessoais sobre a saúde” (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000, p. 235).

As duas instâncias supracitadas se complementam na efetivação do acesso quando se propõem a trabalhar no sentido de promover “(...) a um maior número de pessoas um leque maior e mais diversificado de ações e serviços de saúde” (GIOVANELLA & FLEURY, 1996, p. 177), privilegiando uma prática em saúde usuário-centrada. O acesso como categoria-chave na implementação do cuidar em saúde requer o estabelecimento de uma inter-relação entre usuário-serviço que permita a escuta da necessidade de saúde apresentada e a discussão conjunta do caminho a ser tomado para o desenvolvimento do cuidado, conformando uma prática educativa que, como aponta Iamamoto (2006), não tem o “poder miraculoso” de ser um fim em si mesma, mas ganha concretude ao ser inserida no tenso jogo que permeia as relações sociais, interesses e necessidades daqueles que buscam e prestam atendimento em saúde.

No exercício de fortalecimento e ampliação do acesso, as práticas em saúde, especialmente as de cunho educativo que fomentam a autonomia e participação do indivíduo no processo de cuidado, requerem aceitação, disponibilidade e compromisso daquele que cuida em prover uma *Assistência/Cuidado Integral* pautada, entre outros elementos, no acolhimento, na humanização, 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.

Através do acolhimento, a proposta é a de que o serviço de saúde seja organizado de modo em que o usuário seja o centro do processo saúde-doença, com vistas à garantia do atendimento qualificado; organização do processo de trabalho, deslocando a centralidade médica para a atuação de uma equipe de acolhimento multiprofissional que irá recepcionar o usuário, comprometendo-se com o mesmo, estabelecendo um canal de escuta e diálogo para com suas queixas, preocupações e angústias. Ao mesmo tempo, acolher também envolve o estabelecimento de limites necessários para garantia de uma atenção resolutive, articulada a outros serviços de saúde para continuidade da assistência.

Estes limites podem ser operacionalizados através do mecanismo de referência e contrarreferência, na medida em que o indivíduo, esgotadas todas as possibilidades de atendimento no serviço de origem, é referendado a outro para continuidade do processo de cuidado e, ao seu término, retorna ao serviço que o referendou. Dito de outra forma: o usuário chega à atenção básica e inicia seu atendimento, esgotados os recursos desse nível de atenção, o usuário é encaminhado para a média complexidade (referência). Resolvida sua demanda neste nível, o usuário é reencaminhado à atenção básica para continuidade de seu acompanhamento (contrarreferência). Em saúde, acolher as demandas e atendê-las até o último recurso disponível e depois referendar é ser resolutive.

Partindo dessa compreensão de acolhimento, a humanização seria um elemento intrínseco nas relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Para Rollo (1997), a humanização<sup>24</sup> possui como diretrizes a identificação das necessidades de saúde; a mudança no modelo de atenção e gestão do processo de trabalho, voltando-se para a produção de saúde e não da doença; entre outros.

Ao agregar estas diretrizes, a humanização nas práticas educativas requer também o exercício da responsabilização e do vínculo. Responsabilizar-se e criar vínculo pressupõe a construção de equipes que de fato acompanhem os usuários no processo de cuidado, envolvendo a elaboração de plano terapêutico personalizado; a eliminação de ações

<sup>24</sup> A partir de 2004 a discussão de humanização ganhou *status* de Política - Política de Humanização - apresentando, além das diretrizes apresentadas por Rollo, princípios como a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, com destaque para o respeito às questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos implicados na rede de serviços do SUS; o fortalecimento do controle social de cunho participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; bem como o compromisso com a reformulação do processo de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

fragmentadas; o retorno do usuário para a mesma equipe que o atendeu anteriormente; a percepção do cidadão em processo de cuidado como sujeito; a presença da família no processo de cuidado (ROLLO, 1997).

No contexto histórico em que se concebe a saúde como direito de todos e sinônimo de qualidade de vida – marcadamente a partir dos anos 1980 –, a prática educativa, passando a preconizar os elementos de acolhimento, humanização, responsabilização e vínculo, configura-se numa prática política que se propõe a contribuir para a formação da consciência crítica e busca da garantia de direitos. Seu papel como prática político-pedagógica é o de possibilitar uma concepção abrangente de saúde.

Para Assis (1998, p. 08), “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. No exercício de uma prática de saúde mais ampla, passam a ser elementos constitutivos do educar

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. 08).

Na assistência/cuidado integral, ter clareza do projeto de intervenção que se quer desenvolver é um passo importante para fortalecimento das práticas inscritas em moldes emancipatórios. O caráter invasivo e autoritário das práticas de saúde ao longo da história brasileira tem estimulado a reflexão e a busca de práticas educativas inovadoras. Práticas que considerem a saúde como processo histórico e que a tomem em sentido amplo e positivo, abrindo espaço ao saber popular, estimulando a participação social.

Segundo Acioli (2006), para que sejam desenvolvidas práticas educativas integrais em saúde, faz-se fundamental o intercâmbio integral entre quem cuida e quem é cuidado, uma vez que não há “profissionais ou serviços de saúde integrais”, mas problemas de saúde que são vivenciados de forma integral e que necessitam de respostas conjuntas para sua resolução, pensamento corroborado por Lins & Cecílio (2008, p. 13):

como processo histórico de construção social, a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos. Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde deve se propor a construir uma nova prática, a provocar uma mudança na prática do fazer saúde atual [transformando-a em cuidado].

No universo das práticas educativas, o debate entre sujeito e objeto se faz presente, na medida em que algumas práticas ainda focalizam o indivíduo como objeto acometido por uma doença e que necessita ser tratado e instruído a não contraí-la novamente, reduzindo o momento assistencial, a ação do cuidado em repasse de informações e condutas tidas como as corretas de acordo com a premissa de um único ator (profissional). Na contramão desta postura curativista e unilateral do cuidado incutido nas práticas educativas em saúde, Ayres (2004, p. 85) salienta que o momento assistencial

pode (e deve) fugir de uma (...) interação tão obcecada pelo “objeto de intervenção” que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. (...) Nesse sentido, o Cuidar põe em cena um tipo de saber (...) que não cria objetos, mas constitui sujeitos (...). Ao considerarmos verdadeiramente esse outro saber no momento assistencial, assumimos que a saúde e a doença, não são apenas objeto, mas, na condição mesma de objeto, configuram modos de “ser-no-mundo”.

Ainda para este autor,

Quando o (...) profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (2004, p. 86).

Valorizar outro saber que não apenas o científico nas práticas de saúde é

um compromisso fundamental quando se quer Cuidar. Mas isso nem sempre é fácil, porque é frequente tomarmos o reconhecimento e a valorização desses saberes não técnicos como (...) atraso. (...) Nós podemos não concordar com uma dada crença de um paciente, por exemplo, e, conversando com ele, seguirmos convictos de que essa crença não lhe beneficia, e até vir a convencê-lo disso. Mas, independentemente de o

convencermos ou sermos convencidos por ele, se simplesmente desconsiderarmos um saber não técnico implicado na questão de saúde com que estamos lidando, então não estaremos deixando a pessoa assistida participar de fato da ação em curso. Ela não estará sendo sujeito (AYRES, 2004, p. 86).

Para Ayres (2004), é justamente neste ponto que se ancora a importância do cuidado integral nas práticas educativas, ou seja, a implementação de espaços e condutas que promovam a interlocução entre dois sujeitos principais da ação (profissional/usuário), com a prática em saúde apoiada numa tecnologia, mas não resumida a ela.

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente (AYRES, 2004, p. 86).

Nas práticas educativas integrais, a arte de cuidar pode ser considerada um constructo em constante evolução. Os desafios para desvincular o cuidado das amarras tradicionais está, dentre outros, nos aspectos elencados por Ayres (2004) e que nos fazem refletir: *voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes.*

**Voltar-se à presença do outro:** “as bases científicas das tecnologias de saúde não precisam (e não devem) ficar restritas às ciências biomédicas. Um exemplo da possibilidade e relevância desse enriquecimento disciplinar na instrução de práticas de saúde, e do correlativo alargamento do escopo de suas ações, é a proposição do quadro conceitual da vulnerabilidade (...) desenvolvidas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. O enfoque da vulnerabilidade tem se mostrado um valioso instrumento para escaparmos à lógica cognitivo-comportamentalista na compreensão da suscetibilidade à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, tem nos permitido ampliar as intervenções preventivas para além do território e responsabilidades restritas à individualidade” (id., 2004:87).

**Otimizar a interação:** reforçar o “espaço de conversação e os serviços de saúde como complexas e dinamicamente interligadas redes de conversação. Demonstra, a partir dessa perspectiva, que os onipresentes e substantivos diálogos que entretencem todo o trabalho em saúde não conformam apenas a matéria por meio da qual operam as tecnologias, mas que a conversação, ela própria, na forma em que se realiza, constitui um campo de conformação de tecnologias” (id., 2004:88).



**Enriquecer horizontes:** para realização de um cuidado efetivo, faz-se preciso que os elementos que orientam as tecnologias em saúde “tenham seus horizontes expandidos, (...) [superando] a conformação individualista, rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes” (id., 2004, p. 89).

Ainda para o autor a concretização desses três aspectos depende substancialmente do desvencilhamento do “jargão sanitário” e de que se passe a trabalhar com base na *interdisciplinaridade*, como cooperação e diálogo entre as disciplinas do conhecimento que pode contribuir para uma prática menos fragmentada com soberania de uma única área do saber; na *intersectorialidade*, traduzida na articulação entre setores sociais diversos no enfrentamento de complexas questões que envolvem o setor saúde no desenvolvimento do cuidado e do trabalho integrado; além da “*pluralidade dialógica*”, em que onde haja espaços para o diálogo entre os sujeitos envolvidos nas ações assistenciais.

No reforço à assistência integral, o uso de tecnologias é de fundamental importância, com destaque para as que Merhy (2000) chama de “tecnologias leves”, que envolvem os saberes e uma relação mais estreita entre os sujeitos no ato do cuidar – uma dimensão comunicacional e cuidadora –, favorecendo interlocuções que desencadeiem acolhimento, vínculo e responsabilização na organização da assistência à saúde (aspectos que podem perpassar todo o processo de trabalho em um ambiente de saúde, desde que se esteja aberto a uma escuta qualificada que permita ouvir e dar respostas às demandas apresentadas, desde as mais simples às mais complexas como é o caso das demandas postas pelos diversos setores – profissionais, usuários, serviços de saúde – ao debate sobre o combate e cuidado à epidemia de HIV/AIDS.

Neste capítulo, em que se procurou discutir os enfoques que influenciaram e influenciam as práticas educativas no desenvolvimento do cuidado, destaca-se a prática educativa em saúde como sendo aquela que preconiza o processo de cuidado a partir da relação de confiança entre profissional-usuário, que permita a troca de experiências e a reflexão conjunta das estratégias e técnicas de cuidado em saúde, sendo a prática educativa em saúde uma estratégia de negociação entre os pares, negociação engendrada no espaço compartilhado do diálogo, da horizontalização das relações profissional/usuário, da participação, da informação qualificada que propicia o debate e a desmitificação de ideias preconcebidas que entravam a conquista da autonomia pelo sujeito. Educar em saúde seria

munir o indivíduo de “armas” com as quais possa compreender claramente o que se passa consigo e optar conscientemente pela terapia ou ação que melhor responda aos seus anseios, às suas necessidades de saúde. Armas como o conhecimento, o saber, capazes de abrir as portas para uma luta coletiva por acesso ao direito à saúde.

Compreendida a prática educativa em saúde dessa forma, é possível analisar o conteúdo educativo presentes nas práticas em saúde desenvolvidas no cuidado em HIV/AIDS em Juiz de Fora, partindo da atuação dos profissionais que trabalham diretamente com a questão, bem como explicitar no que é possível contribuir para conter o avanço da epidemia, debate este exposto no próximo capítulo.

### **CAPÍTULO 3 – As práticas de saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG: limites e possibilidades da prevenção e promoção da saúde**

O presente capítulo apresenta a percepção do profissional de saúde sobre as práticas em HIV/AIDS desenvolvidas no Município de Juiz de Fora, apontando limites e possibilidades dessas práticas dentro do contexto da epidemia no município, considerado o segundo em Minas Gerais com o maior número de casos.

No exercício de escuta desses profissionais, optou-se pelo conteúdo das Representações Sociais por entendê-las como arcabouço para compreensão dos sentidos das práticas em saúde que são construídas individual e coletivamente através da interação entre profissionais, usuários e serviços.

Neste estudo, dar voz a um dos sujeitos da ação, destacando as representações sociais que os mesmos têm da aids e das práticas em saúde para seu enfrentamento, partiu da concepção de que o exercício para a transformação das práticas desenvolvidas almejando a prevenção e promoção da saúde, deve levar em conta não apenas o conhecimento científico e protocolos determinados, mas também a visão de mundo desses atores que são facilitadores no processo de cuidado em HIV/AIDS.

Empreender um estudo das práticas de saúde em HIV/AIDS a partir do referencial das representações sociais implica descortinar o modo como os sujeitos refletem sobre a realidade, como a percebem e como trabalham sobre ela. No caso específico das práticas educativas em saúde em HIV/AIDS, é compreender como elas se processam, baseadas em quais objetivos e em que aspectos podem ser aprimoradas, especialmente se a necessidade de práticas abrangentes diz respeito não só a promoção da saúde, mas também à prevenção, dimensão do cuidado em saúde, que deve ser urgentemente reforçada se o intento é reduzir a incidência da epidemia.

A partir da discussão das práticas de saúde em HIV/AIDS à luz dos sentidos que lhes atribuem os profissionais da área, o presente capítulo descortina o tipo de intervenção educativa desenvolvida no município e, ainda, apresenta subsídios para se pensar e propor

algumas práticas que podem efetivamente contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia.

### **3.1 - Representações Sociais: caracterizando a opção adotada**

Para efetuar a investigação proposta no presente estudo que tem por foco as práticas de saúde voltadas ao(a) HIV/AIDS no município de Juiz de Fora, optou-se pelo referencial das Representações Sociais, uma vez que o trato da aids agrega diversas estratégias que envolvem diferentes concepções de mundo e juízos de valor que influenciam as práticas de cuidado.

O sentido de Representação Social adotado neste estudo está ancorado no debate engendrado por Moscovici (1978) e corroborado por autores como Jodelet (2001), Joffe (1995) e Oliveira, Siqueira & Alvarenga (1998), sendo a Representação Social apreendida como instrumento para compreensão das práticas de saúde desenvolvidas no enfrentamento do(a) HIV/AIDS na realidade brasileira.

Como o estudo das Representações Sociais envolve os elementos constituintes de informação, crenças, valores, imagens, opiniões, aspectos socioculturais, entre outros (JODELET, 2001), seu referencial propiciou compreender o significado da prática desenvolvida em aids trazida pelos profissionais de saúde, num esforço de perceber o quanto as práticas adotadas estão contribuindo para a prevenção e promoção da saúde e, conseqüentemente, para o declínio do número de casos da doença no município.

Segundo Moscovici<sup>25</sup> (1978, p. 41), as Representações Sociais “circulam, cruzam-se” constantemente “através de uma fala, um gesto, um encontro” no cotidiano das relações estabelecidas socialmente. Logo, as representações sociais constituem-se numa “das vias de apreensão do mundo”.

Para o autor, as Representações Sociais “atuam por meio de observações, e análises dessas observações e de noções de linguagens de que se apropriam (...) e tiram conclusões que

---

<sup>25</sup> Obra “A Representação Social da Psicanálise” de 1961, traduzida da segunda edição francesa publicada em 1976.

se imponham” (idem, 1978, p. 45). Nas Representações Sociais, o objeto inscreve-se “num contexto (...) dinâmico (...), parcialmente concebido pela pessoa ou coletividade como prolongamento de seu comportamento e só existe para eles como função dos meios e dos métodos que permitem conhecê-los” (idem, 1978, p. 48).

#### As Representações Sociais em todos os campos do conhecimento

formam um sistema e dão lugar a teorias espontâneas, versões da realidade encarnadas por imagens ou condensadas por palavras, uma e outras carregadas de significações (...). (...) As representações expressam aqueles (indivíduos ou grupos) que as forjam e dão uma definição específica ao objeto por elas representado. Estas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo. Esta visão, que pode entrar em conflito com a de outros grupos, é um guia para as ações e trocas cotidianas – trata-se das funções e da dinâmica sociais das representações (JODELET, 2001, p. 21).

As representações que os indivíduos têm a respeito de algo (fenômeno) são importantes no dia a dia para assimilação do contexto que os cerca. Segundo Jodelet (2001, p. 17), as representações “guiam (...) o modo de nomear e definir conjuntamente os aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva”.

As Representações Sociais estão presentes nos discursos, nas condutas adotadas, nas mensagens propagadas pela mídia, sendo “fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social” (JODELET, 2001, p. 21), cujos elementos abrangem informações, ideologias, normas, valores, crenças, atitudes e opiniões, sob a forma de “um saber que diz algo sobre o estado da realidade” (idem, 2001, p. 21).

De acordo com Jodelet (2001, p. 22), a Representação Social constitui-se numa

forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. (...) Designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais.

Assim, as representações sociais, como elemento presente na relação entre os indivíduos com o mundo e com o outro, são, ao mesmo tempo, produto e processo da apropriação do real, orientam condutas, relações comunicacionais, construção e assimilação de conhecimentos, identidades pessoais e grupais.

No núcleo das representações sociais, “representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto (...) (pessoa, coisa, etc)” (idem, 2001, p. 22). Assim, como não existe representação sem objeto, a representação social é uma forma de conhecimento que atrela um sujeito a um objeto.

Do ponto de vista de Jodelet (2001, p. 27),

a representação social é sempre representação e alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e o objeto nela se manifestam. A representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (...) e de interpretação (conferindo-lhe significações). Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma construção e uma expressão do sujeito (...). (...) A particularidade do estudo das representações sociais é o fato de integrar na análise de seus processos a pertença e a participação, sociais ou culturais, do sujeito (...). Todo estudo de representação social passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento. Qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido (...).

A representação social funciona como uma válvula que impulsiona o agir sobre o mundo e o outro, estabelecendo interações sociais a partir da comunicação, que desempenha papel crucial nas interações entre os homens, sendo “condição de possibilidade e de determinação das representações e do pensamento sociais” (JODELET, 2001, p. 30).

### **3.2 – O percurso metodológico**

O horizonte da epidemia de aids envolve diversas nuances objetivas (como os protocolos a serem seguidos) e subjetivas (como pontos de vista, juízos de valor, sentimentos) que integram as práticas de saúde. Assim, compreendendo a magnitude do objeto – as práticas

de saúde desenvolvidas pelos profissionais nos serviços de referência em HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG – e a necessidade de discuti-lo de forma mais ampla no sentido de buscar o entendimento sobre o porquê de os números da epidemia continuarem crescendo (ainda que de forma não tão vertiginosa como nas décadas de 1980 e 1990) mesmo com a incidência de práticas pedagógicas para além das práticas institucionais tradicionais; o presente estudo opta pela pesquisa qualitativa das representações sociais. A opção pela pesquisa qualitativa encontra eco nas contribuições de Minayo e Sanches (1993, p. 247) que consideram este tipo de pesquisa como aquele que

trabalha com valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões e permite o aprofundamento na complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de ser abrangidos intensamente.

A pesquisa qualitativa a partir das representações sociais abarca percepções, pontos de vista, experiências vividas no cotidiano e visões de mundo, que podem ser captados nas discussões travadas em todas as áreas do conhecimento, entre elas a da saúde, sobre: práticas, cuidado, adesão ou não ao tratamento, relação profissional/usuário, estigma/preconceito, bem como limites e possibilidades da prática profissional e institucional. Na pesquisa qualitativa, em que não há espaço para percepções isoladas e estanques, a aproximação do estudo desenvolve-se de forma dinâmica, num reformular-se constante. O pesquisador qualitativo estabelece que a participação do sujeito faz parte do processo de construção do seu conhecimento, devendo adotar estratégias que reforcem seu papel e o daquele que repassa informações.

Ao optar pelo caminho qualitativo, o estudo procura evidenciar o processo de cuidado em HIV/AIDS através das práticas de saúde desenvolvidas a partir da percepção dos profissionais que realizam tais práticas.

### 3.2.a - Os sujeitos e o cenário da pesquisa

Procurando responder à questão que circunda o objeto “com o aumento dos casos de aids no Brasil e em Juiz de Fora, que práticas são desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento?”, os sujeitos da pesquisa foram constituídos pelos profissionais de saúde que lidam diretamente com a questão HIV/AIDS e que, portanto, desenvolvem práticas de saúde tanto nas unidades públicas quanto nas filantrópicas.

Segundo Oliveira, Siqueira e Alvarenga (1998, p. 164), “as práticas profissionais, como expressão do conhecimento científico, inscrevem-se num campo de forças representacionais (...)”. Logo, os profissionais de saúde elaboram suas representações sociais a respeito das práticas que desenvolvem, circunscritas em ações que podem ser caracterizadas em ações institucionais tradicionais (como as adotadas no início da epidemia de AIDS no Brasil na década de 1980) e/ou ações pedagógicas mais amplas que começam a ser fortalecidas no Brasil ao final dos anos 1980, estando em desenvolvimento até hoje através do Programa Nacional de DST/AIDS e suas ramificações em Programa Municipal.

No intuito de abarcar os três níveis de atenção à saúde em HIV/AIDS em Juiz de Fora, bem como a experiência de cuidado desenvolvida por uma entidade Filantrópica, os profissionais foram abordados na seguinte proporção, totalizando dez entrevistas:

#### Rede Pública

- Atenção básica: a Unidade Básica de Saúde/UBS Olavo Costa através do assistente social;
- Nível intermediário (entre ação de atenção básica e média complexidade): o Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA através do enfermeiro;
- Média complexidade: o Serviço de Assistência Especializada/SAE através do enfermeiro e psicólogo;
- Alta complexidade: o Centro de Atenção à Saúde/CAS-HU/UFJF através do assistente social e enfermeiro.



## Entidade Filantrópica

- Grupo CASA através do assistente social.

Com relação à atenção básica, a escolha por abordar o assistente social se deu em virtude de sua responsabilidade em conduzir as práticas educativas do Projeto DST/AIDS – Na Mira da Prevenção, ação mais sistemática da UBS, prevenção do HIV até 2009.

No nível intermediário, que desenvolve suas práticas entre a atenção básica (prevenção e promoção) e média complexidade (testagem), a abordagem com este profissional foi condicionada pela própria dinâmica do Serviço, cuja equipe é formada por três profissões (serviço social, enfermagem e psicologia), sem a presença do profissional médico.

No caso da média complexidade, foram abordados os profissionais que prestam atendimento todos os dias<sup>26</sup> no Serviço, vivenciando o cotidiano das ações em tempo integral.

Na alta complexidade, a opção por estes profissionais se deu pelo mesmo motivo da média complexidade. Apenas o profissional de psicologia não pôde ser abordado por incompatibilidade de agenda e o profissional médico porque não retornou o contato.

No tocante à entidade filantrópica, por ser um serviço de apoio ao cuidado em HIV/AIDS e ter uma natureza diferente da dos serviços que compõem a rede pública, inclusive no que tange à composição de seu quadro de profissionais, optou-se pela abordagem à assistente social que, por ser responsável por muitos dos projetos desenvolvidos, possui a dimensão do processo de trabalho da instituição.

Ainda que os sujeitos abordados neste estudo desenvolvam suas práticas em serviços distintos, todos são profissionais que atuam diretamente no cuidado em HIV/AIDS, apropriando-se cotidiana e sistematicamente desse enfrentamento, sendo, portanto, guardiões de ricas representações sociais sobre sua área de intervenção.

No campo do cuidado em HIV/AIDS, a análise das representações sociais a respeito das práticas instituídas permite descortinar os aspectos objetivos e subjetivos que envolvem a atenção em saúde, especialmente no que se refere à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde são atores e sujeitos sociais que atuam no campo da

---

<sup>26</sup> O profissional médico trabalha com agenda, possuindo dias específicos para atendimento no SAE, o que dificultou o contato. Outra dificuldade foi o momento por que passa o SAE com carência de infectologistas.

saúde implementando o cuidado, e suas práticas envolvem a aproximação com o quadro epidemiológico referente ao(à) HIV/AIDS e com o usuário (população demandante dos serviços) e esta relação envolve signos como saber, poder, protocolos, visões de mundo diversas, que estreitam ou distanciam os laços no processo de saúde-cuidado. Daí a importância de se analisar as práticas à luz das representações daquele que cuida.

Em relação ao cenário, o mesmo foi composto por quatro serviços públicos de saúde de referência em HIV/AIDS para Juiz e Fora e região. Estes serviços desenvolvem frentes de trabalho em HIV/AIDS através de práticas educativas, abrangendo os níveis de complexidade da atenção em saúde. No que se refere à atenção básica, por não haver trabalho sistemático nas UBSs de Juiz de Fora no que concerne ao cuidado em HIV/AIDS – salvo em situações especiais como campanhas e datas comemorativas, como carnaval, 1º de dezembro, ou grupos com programação temática –, optou-se por abordar uma Unidade Básica de Saúde que também fosse Estratégia de Saúde da Família e que desenvolvesse um trabalho voltado ao cuidado em HIV/AIDS, ainda que de forma descontínua.

Juiz de Fora possui cerca de 25 UBSs/ESF e, dentre elas, a UBS Olavo Costa<sup>27</sup> preencheu este critério, pois, até 2009, desenvolveu o Projeto de Intervenção “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção” de forma sistemática e, neste ano, trabalha a questão DST/HIV/AIDS no grupo de “Direitos Reprodutivos”. Considerando que o município é polo de referência para casos de aids entre adultos e crianças/adolescentes, a prevenção e a promoção da saúde desses indivíduos podem e devem começar pela atenção básica. Partindo desse pressuposto, faz-se importante conhecer as práticas educativas instituídas neste nível de complexidade quando se pensa em HIV/AIDS, já que o próprio Programa Municipal recomenda ações efetivas e eficazes neste espaço.

O município de Juiz de Fora, por ser considerado polo de atendimento em saúde para a região e até para outros estados, tem, no CTA e no SAE (atenção intermediária e de média complexidade), seus serviços de referência em DST/AIDS e, como tais, preconizam as determinações do Ministério da Saúde/MS, abarcando, em seus protocolos, além de ações curativas e medicamentosas, práticas educativas com vistas à promoção e prevenção da saúde, envolvendo não só o indivíduo, mas também a família e a comunidade.

No que concerne ao Centro de Atenção à Saúde/CAS-HU/UFJF, seus serviços de ambulatório e internação também se configuram em referência no trato do HIV/AIDS no

---

<sup>27</sup> A UBS Olavo Costa foi campo de estágio da autora, o que facilitou o contato e a abordagem.

município. Para além dos atendimentos tradicionais, desde 2003, o HU desenvolve um projeto interdisciplinar de Educação em Saúde na enfermaria masculina (MH) intitulado “DST/AIDS – na mira da prevenção” que acaba por abranger não só os pacientes internados, mas seus acompanhantes, responsáveis, familiares e outros profissionais interessados.

Ainda relacionado ao cenário, não só o setor público implementa a política de atenção em HIV/AIDS em Juiz de Fora. A existência e participação de entidades filantrópicas na luta pelos direitos dos portadores de HIV/AIDS fazem desses espaços parceiros na promoção da saúde desse público e aliados no esforço pela prevenção. Dentre o universo<sup>28</sup> de entidades filantrópicas existentes em Juiz de Fora, o Grupo Casa (Centro de Apoio e Solidaried’Aids) foi a entidade contemplada neste estudo, e sua escolha reside no fato de ser a única instituição casa-dia de Juiz de Fora onde as pessoas podem permanecer o dia todo; além de desenvolver projetos financiados com recursos dos três entes federados, o que lhe dá caráter de continuidade, e práticas que remetem à prevenção e promoção da saúde aos usuários em tratamento no serviço público e seus familiares.

O intuito de vislumbrar as práticas educativas nos três níveis e no universo das entidades refere-se à visão de totalidade e apreensão das particularidades que envolvem cada complexidade e cada espaço passível de prevenção do(a) HIV/AIDS, promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. A visão de totalidade faz-se importante na avaliação de práticas educativas, já que instiga a busca da essência e não da aparência dos fatos.

### **3.2.b – Instrumento de coleta de dados e análise**

Para uma análise global em representação social das práticas educativas em HIV/AIDS, adotou-se como instrumento a *entrevista semiestruturada*, que, segundo Minayo (1999), possibilita ao pesquisador abordar de forma abrangente o objeto de investigação. Neste estudo, este tipo de entrevista abordou questões circunscritas em cinco eixos principais:

<sup>28</sup>GEDAE – Grupo Espírita de Assistência a Enfermos; Associação CASA VIVA – (redução de danos); Movimento Gay de Minas – MGM; Núcleo Multiprofissional sobre aids – NUMPAIDS.

1. **A Caracterização da aids**, em que se procurou perceber o significado, os sentidos que os profissionais dão à aids;
2. **O Enfrentamento da epidemia e caracterização da prática em saúde:** buscando perceber que práticas são desenvolvidas no enfrentamento e contenção do avanço da epidemia e que conteúdo educativo as perpassa ao se pensar a prevenção e promoção da saúde.
3. **O Acolhimento, responsabilização, vínculo:** vislumbrando o papel do profissional nas práticas de saúde, o processo de escuta das demandas e percepção das necessidades de saúde, além do processo de resolução de problemas.
4. **O Diagnóstico, adesão, tratamento:** desvendando como é revelado, os impactos provocados, as providências tomadas, as estratégias de adesão e fidelização ao tratamento.
5. **O desafio da prevenção: limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG:** descortinando os entraves, os avanços das práticas e no que poderia melhorar para contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia.

Spink (1995) salienta que, em se tratando de representações sociais, a entrevista semiestruturada exige um adensamento das questões abordadas, propiciando a aproximação da realidade vivida pelos sujeitos, captando sua percepção sobre o contexto no qual estão inseridos, neste caso, no contexto das práticas em saúde voltadas ao(a) HIV/AIDS.

Com a entrevista semiestruturada, buscou-se captar o máximo de informações de seus entrevistados, estabelecendo uma relação de interação com os informantes no sentido de deixá-los livres para externalizar suas percepções sobre o tema abordado, participando efetivamente do processo investigativo. Esta modalidade de entrevista permitiu que a pesquisadora explorasse com mais profundidade as contribuições que os informantes tinham a oferecer, enriquecendo a investigação. Este tipo de entrevista partiu de alguns questionamentos apoiados em estudos e inquietações que interessavam à pesquisa,

propiciando novas indagações que surgiram das respostas dadas pelos sujeitos que participaram do processo. Assim, as perguntas contidas no instrumento embasaram-se no referencial teórico visitado.

Para apreensão da maior gama de informações possível, a entrevista foi gravada, com a devida autorização dos sujeitos abordados, sendo transcrita e analisada à luz do referencial teórico. O produto das fitas e anotações foi arquivado pela pesquisadora e ficará sob sua guarda por cinco anos em arquivo pessoal. Para realização da pesquisa de campo, foi oportunamente estabelecido entre a pesquisadora e os informantes o horário, local e tempo de duração para a entrevista. Para testar a pertinência do instrumento, foi realizado um pré-teste com um profissional da alta complexidade.

Para perceber como se dão as práticas de saúde no que concerne ao(à) HIV/AIDS, além das abordagens aos profissionais, os documentos existentes nos serviços e instituições foram importantes fontes de análise, como relatórios, dados estatísticos, entre outros.

Quanto à análise dos dados, que, ressalta-se, não foi uma etapa descolada da coleta de dados, foi efetuada uma análise qualitativa das representações sociais contidas nas falas dos entrevistados à luz do referencial teórico. A análise abarcou os significados do(a) HIV/AIDS e as práticas de saúde desenvolvidas para seu enfrentamento, permitindo perceber a formulação de opiniões, teorias e sugestões de novas práticas sob o ponto de vista de quem cuida.

No estudo qualitativo das representações sociais emanadas pelos sujeitos, foi realizada uma análise do discurso, seguindo os passos apontados por Spink (1995): 1) a transcrição da entrevista; 2) a leitura de material bibliográfico, nova escuta das gravações, leitura da transcrição, burilando a escuta e percebendo sensações, emoções, contradições do discurso; 3) a retomada dos objetivos do estudo e a definição clara do objeto, neste caso, as práticas em saúde voltadas ao enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora, cujo caminho escolhido foi centrar a entrevista em um tema circunscrito – o(a) HIV/AIDS – e mapear o discurso a partir das práticas do cotidiano; 4) a construção de mapa que transcreve toda entrevista, o que possibilitou a associação de ideias; 5) a relação entre os elementos presentes no discurso dos profissionais com os conceitos abordados no referencial teórico para as conclusões pertinentes.

A análise qualitativa não teve por objetivo evidenciar a prática de cada profissional, mas destacar as práticas desenvolvidas nos serviços, na rede de referência. Assim, como

aponta Wagner (1995, p. 164), dentro do campo de pesquisa em representações sociais, um dos níveis possíveis para sua avaliação/análise está “no processo coletivo e no produto social do discurso e da comunicação”. Para o autor, isso

garante que a visão coletiva da representação social resultante contenha não somente opiniões de subgrupos mais ou menos importantes, mas também que tome em consideração as diferentes versões, pontos de vista e profundidade da elaboração de um único e mesmo objeto social em um grupo social, mais abrangente (id., 1995, p. 166)

Assim, no trato dos dados, procurou-se analisar as representações das práticas em uma unidade mais ampla que a opinião individual de cada profissional, buscando-se representação social das práticas dos serviços.

### **3.3 – O olhar do profissional de saúde sobre as práticas desenvolvidas em HIV/AIDS no Município de Juiz de Fora**

As representações sociais são fruto das experiências vivenciadas no dia a dia pelos sujeitos e o modo como compreendem estas experiências. As representações sociais se expressam através das visões de mundo, das concepções de quem vive e lida com os fatos, práticas, saberes, desencadeando o processo da leitura da realidade e a possibilidade de transformá-la, mudá-la, melhorá-la em algum aspecto, capacidade possível através do exercício da reflexão.

O profissional de saúde que lida com os fatos, práticas e saberes em seu cotidiano possui a capacidade de detectar os sentidos da sua atuação a atribuir significados a ela suficientes para analisar o que foi desenvolvido no passado, o que está sendo hoje e o que poderia ser realizado. No universo das práticas em saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS, o

exercício da reflexão sobre a realidade das práticas e as perspectivas sobre elas dão o norte para a detecção de estratégias que desenham ou podem desenhar seu enfrentamento.

Sob este prisma, o presente estudo realizou uma pesquisa de campo com o intuito de captar o olhar do profissional de saúde sobre as práticas desenvolvidas em HIV/AIDS no município de Juiz de Fora. A percepção sobre as práticas foi trabalhada através de cinco eixos principais: *a caracterização da aids; o enfrentamento da epidemia e caracterização da prática em saúde; o acolhimento, responsabilização e vínculo; o diagnóstico, adesão e tratamento; e os limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS*, tendo por lócus privilegiado instituição e serviços de referência no cuidado em HIV/AIDS.

No eixo “**Caracterização da aids**”, procurou-se perceber o significado, os sentidos que os profissionais dão à aids. A atenção básica compreende a aids como uma doença que pode acometer qualquer indivíduo, uma doença advinda por diversos fatores e que, sem uma orientação, uma assistência diferenciada, pode ser disseminada.

*“Aqui na UBS, entendemos a aids não apenas como uma doença de causas biológicas, mas também sociais porque, dependendo das condições de vida, nível de informação que as pessoas tenham, a aids pode estar mais perto dessas pessoas” (profissional da UBS).*

A atenção intermediária<sup>29</sup> trabalha com o conceito de aids como sendo uma construção social, uma doença que tem implicações biológicas por ser um vírus que ataca a defesa do organismo, mas é também uma doença que traz implicações afetivas, sociais, psicológicas, vivenciais.

*“Olha, aids enquanto sigla, sabemos que é síndrome da imunodeficiência adquirida. Mas acho que o sentido mais perfeito que se pode atribuir foi dado por uma própria paciente quando ela diz que é mais do que o vírus, de uma imunodeficiência, é o vírus que contagia o ser humano e desperta o ser humano para a realidade da sexualidade, da realidade do contexto em que vive. (...) A aids vinha retratar o viver, o ser humano na sua integralidade, no exercício de sua sexualidade, e imunodeficiência era uma questão da doença, do adoecimento, e que, hoje em dia, a gente sabe que a gente não vivencia pura e simplesmente o adoecer, então há muitas questões que vão além do nome para um diagnóstico de doença” (profissional do CTA).*

---

<sup>29</sup> Optou-se por classificar o CTA como nível intermediário, pois suas ações transitam entre a atenção básica com medidas de prevenção e promoção e média complexidade, na medida em que se constitui no centro de referência para testagem sorológica. Ressalta-se que os próprios profissionais o consideram assim.

Para a média complexidade, a aids é uma doença que tem o aspecto biológico, mas também o social, que afeta o indivíduo na sociedade e na sua condição de cidadão, não tendo mais a conotação de ser doença de homossexual, ou outro grupo, mas uma doença que causa preocupação, que afeta o emocional das pessoas e sua capacidade de julgar o outro. Além do conjunto de sinais e sintomas, que varia de paciente para paciente, a representação que este nível possui sobre a aids é de que ela abarca significados subjetivos, como solidariedade, superação, mudança de estilo de vida, adaptação, reaprendizagem, vida, adesão, tratamento, ainda que permaneça o preconceito.

*“É uma patologia sem cura, mas com tratamento. Em que o paciente tem uma qualidade de vida se se cuidar, seguir o tratamento proposto. A gente procura colocar pro paciente que, superando a resistência, reaprendendo a conviver com este vírus, melhora esta qualidade de vida. A gente percebe que, com a pauperização da epidemia, no novo perfil da aids, são cada vez mais pessoas pobres que chegam no ambulatório e a aids vira um problema dentro de várias questões sociais, socioeconômicas, e, às vezes, é um complicação a mais. Mas a pessoa, aprendendo a viver na nova condição, ela muda a vida dela para melhor. Adquire hábitos mais saudáveis, às vezes param de usar drogas, bebida, passa a ter um tratamento, um acompanhamento e passa a aderir a este tratamento, e melhora a qualidade de vida, melhora sua autoestima. (...) A aids hoje é vida, é doença crônica tratável. Devemos dissociar HIV de aids. É doença, como eu disse, tratável, mas não posso dizer que seja como a hipertensão ou o diabetes porque eles não carregam o peso do preconceito igual a aids ainda carrega. Do ponto de vista biológico, a aids é perder a imunidade e do ponto de vista social perder a individualidade porque você passa a ser o portador, e as pessoas desenvolvem uma certa curiosidade em saber como você pegou” (profissional do SAE).*

Para a alta complexidade, a aids é uma doença que não tem cura, tem tratamento, e que envolve questões sociais, individuais, familiares, de relação de gênero que precisam ser trabalhadas em se tratando de um cuidado amplo. Para os profissionais, hoje não se aplica a máxima de que o HIV prevalece em determinados grupos; para eles, todo paciente precisa receber informação e ser cuidado. Entretanto, ainda que o vírus da aids, o HIV seja um vírus não tão diferente dos outros tipos igualmente danosos para o organismo, ainda é um adoecimento que desperta muito preconceito e estigma nas pessoas, não só nos usuários, mas também nos profissionais de saúde.



*“(...) uns anos atrás, se falava de aids, devido à ignorância, a falta de conhecimento em torno da doença, as pessoas na verdade usavam um meio de fugir do paciente, do portador do vírus HIV. Eu me lembro que muitos médicos não entravam no quarto do paciente e este paciente, quando falecia, o corpo era ensacado, colocado em saco plástico com caixa lacrada e as pessoas, apesar de todo aparato, trabalhava com certo receio porque ainda se conhecia muito pouco da doença. (...) Então eu acho que os próprios meios de comunicação inda estão trabalhando nesta questão da desmistificação do HIV, mas a gente vê ainda muito preconceito. Nós temos aqui pacientes de cidade do interior, em que eles relatam no grupo a dificuldade de estar falando até mesmo com pessoas da família de serem portadores do HIV tamanha a discriminação” (profissional do HU).*

Na concepção da entidade filantrópica, a aids hoje possui uma conotação ampla que não permite reducionismos a aspectos biológicos, a grupos ou comportamentos de risco, a problema de foro íntimo e pessoal.

*“A aids não tem cura ainda, mas é uma doença de cunho social, que abarca todos os aspectos: biopsicossociais, econômicos e culturais que precisam ser trabalhados” (profissional do CASA).*

No eixo **“Enfrentamento da epidemia e caracterização da prática em saúde”**, buscou-se perceber que práticas são desenvolvidas no enfrentamento e contenção do avanço da epidemia e que conteúdo educativo as perpassa ao se pensar a prevenção e promoção da saúde. A atenção básica revelou não desenvolver, no momento, uma prática sistematizada em HIV/AIDS, intervindo mais quando as pessoas trazem a demanda.

*“Bem, na UBS, atendemos de tudo e não apenas as demandas em HIV/AIDS. Então temos disponível para quem nos procura, serviços como consultas com os nossos médicos que são responsáveis por determinada área, consultas de enfermagem, abordagem social, dentista. Se é preciso, o próprio médico ou o enfermeiro encaminha para exames e o material pode ser colhido aqui ou lá embaixo no PAM. Temos o trabalho em grupo como o de gestantes, direitos reprodutivos, participação nas palestras do AA que funciona aqui do lado e, às vezes fazemos também sala de espera, mas só quando o tempo permite, pois o trabalho aqui é puxado e muito corrido devido à grande demanda” (profissional da UBS).*

Até 2009, a UBS desenvolvia, sob a responsabilidade do Serviço Social, o Projeto “DST/AIDS - na Mira da Prevenção”, através de oficinas de vivência, em que se abordavam primeiro as questões de saúde e depois se falava das implicações das DSTs, entre elas, a aids.

*“O grupo este ano está um pouco parado, fazendo de vez em quando, mas vamos retomar. Neste projeto de educação em saúde, trabalhamos mais em forma de grupo, toda semana, com faixas etárias misturadas. Abordamos o que eles sabem sobre o tema e discutimos em cima desse saber. Procuramos fazer dinâmicas para integrar as pessoas, procuramos dar exemplos e, ao final, distribuimos material educativo e camisinhas, orientando que outras dúvidas podem ser tiradas a qualquer momento basta nos procurar” (profissional da UBS).*

Para o ano de 2010, as práticas do Projeto DST/AIDS perdem força em virtude de outras demandas da UBS, ficando a prática educativa em HIV/AIDS restrita ao último encontro – de quatro – do Projeto “Direitos Reprodutivos”, que acontece todo mês, em que é realizada uma oficina sobre DST/AIDS; palestras em escolas, quando formalizado convite. Na atenção básica, por não haver uma diretriz formalizada em protocolo de atendimento como é o caso da Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus e o próprio Direitos Reprodutivos, as ações em HIV/AIDS são espaçadas, a maior parte das vezes em atendimentos individuais, por considerarem difícil abordar o assunto sem que as pessoas mostrem interesse, tragam as demandas. Em se tratando de questões mais específicas em HIV/AIDS, atenção básica segue o fluxo e referencia para a rede especializada.

*“Abordamos melhor o problema quando as pessoas trazem a demanda, pois ainda é difícil abordar o assunto sem que as pessoas mostrem interesse. Nas escolas, quando nos convidam, fazemos o grupo, mas aí é com adolescentes. Nestas abordagens, procuramos iniciar o trabalho educativo a partir do que eles sabem. Fica mais fácil e parece que rende mais do que quando iniciávamos falando já das doenças para depois falar de saúde e qualidade de vida. Mas, como não podemos dar conta de tudo, casos específicos relacionados ao HIV/AIDS acabamos encaminhando as pessoas para o CTA, pois sabemos que, caso se descubra alguma coisa, o pessoal do CTA mesmo encaminha para o SAE” (profissional da UBS).*

Ainda que suas práticas em saúde voltadas para o(a) HIV/AIDS não se deem de forma sistemática, a UBS considerou serem as práticas disponíveis educativas por serem trabalhadas à luz do conhecimento do outro, para que compreendam a importância do cuidado e da prevenção.

*“Para conter o avanço da epidemia, nestes momentos que entendemos ser educativos, incentivamos as pessoas a procurem os serviços de saúde quando notarem algo diferente no corpo ou quando tiverem suspeita de que*

*possam estar com o vírus. Ahamos que a prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS dependem muito da informação passada e de como as pessoas compreendem o que você falou. As pessoas podem ter qualidade de vida, mesmo com o vírus e tentamos passar isso para eles” (profissional da UBS).*

A atenção intermediária, o enfrentamento da epidemia se dá através do sistema de aconselhamento desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por enfermagem, psicologia e serviço social. O CTA explica que não trabalha com a medicina como parte da equipe por uma opção metodológica e ideológica de cuidado.

*“A equipe do CTA é uma equipe multiprofissional, com enfermeiros, assistente social e psicólogos, não tem médico junto a esta equipe. Ela foi ideologicamente assim formada com toda uma concepção e a gente trabalha com o profissional médico, sabe de sua importância, não é por falta de importância que não está na equipe, mas tem uma questão ideológica sim, uma nova forma de se assistir em saúde” (profissional do CTA).*

O CTA trabalha com três tipos de aconselhamento: o *coletivo*, através de palestra diária, são discutidas as DSTs, a aids e a necessidade de prevenção e promoção da saúde. O *individual*, para dar mais liberdade ao usuário de colocar suas dúvidas, anseios, medos. E o aconselhamento *pós-teste*, que é feito quando sai o resultado, e, sendo positivo ou não, realiza-se um trabalho de orientação ao usuário sobre a prevenção e formas de contágio. Para quem se descobriu soropositivo, após as primeiras orientações, o usuário é encaminhado ao SAE para início do tratamento. Como um centro de testagem, além do trabalho com aconselhamentos, o CTA dispõe da capacidade em exames de HIV, sífilis e hepatites virais, além da procura por orientações de outras DSTs. O CTA explica que, em sua assistência, procura realizar práticas de saúde fora da instituição como nas escolas, mutirões de saúde, campanhas.

*“O CTA trabalha com o Aconselhamento exercido por uma equipe multiprofissional (...). O serviço acolhe as demandas através do aconselhamento coletivo, que é uma palestra educativa onde são prestadas informações de como se contrai as DSTs , o HIV, a aids, Sífilis e as Hepatites, além de esclarecer sobre a prevenção. Também neste momento, se apresenta a possibilidade da realização de testes para detecção do HIV e o que significa seus possíveis resultados em positivo e negativo. Também é explicado sobre o preservativo, suas funções como proteção do HIV e como contraceptivo e seu manuseio e acondicionamento. Além do aconselhamento coletivo, oferecemos o individual, momento que esclarecemos as dúvidas e damos as orientações que variam de acordo com a necessidade em saúde*

*apresentada. O CTA é o centro de testagem de JF, então, realiza a coleta do material para diagnóstico de HIV e outras doenças como sífilis. De posse do resultado, trabalhamos com o aconselhamento pós teste em que informamos o resultado, seja positivo ou negativo, discutimos com o usuário sobre as formas de prevenção para aquele não acometido com o vírus e para o que acusou a soropositividade, também abordamos com orientações e encaminhamos ao SAE para início do tratamento através de consultas e, caso seja necessário, com a terapia antirretroviral. Como prática educativa, também fornecemos o preservativo. Os usuários participam da palestra que acontece todos os dias em diferentes horários, depois faz seu cartão e passa a receber 12 camisinhas/mês” (profissional do CTA).*

De acordo com os profissionais, o serviço enfrenta a epidemia a partir da mudança do modelo de assistência que se baseia na saúde e não na doença:

*“(…) diante da constatação de você ter pessoas saudáveis com um diagnóstico sorológico e não ter a doença em si, estas pessoas saudáveis, por simplesmente ter um diagnóstico sorológico, precisam, necessitam de uma assistência de saúde. O que se busca hoje em termos de enfrentamento é o resgatar a assistência à saúde e não o contexto da doença porque, a partir do momento que você não tem a doença, você tem um diagnóstico que precisa ser visto” (profissional do CTA).*

Partindo dessa perspectiva, o CTA admite que suas práticas voltadas para a prevenção e a promoção da saúde em HIV/AIDS são pensadas e realizadas a todo o momento, cotidianamente. Partem da concepção de que a prevenção é para o outro não ser acometido e também para que não seja novamente exposto, assim como a promoção é para dar qualidade de vida ao portador, mas também àquele não infectado.

*“A prevenção e promoção são trabalhadas a partir das questões que envolvem diretamente o HIV/AIDS, as questões de sexualidade, do enfrentamento do próprio biológico, das barreiras do biológico, da assistência à saúde voltada para aqueles determinantes desde a questão terapêutica até a assistência simples. Uma das primeiras práticas que podemos citar do serviço é o Aconselhamento, visando o entendimento dessa pessoa de sua vulnerabilidade. Então se busca mais do que o diagnóstico, no aconselhamento, se busca que estas pessoas entendam onde elas estão sendo vulneráveis, porque elas podem sair com diagnóstico positivo ou negativo. (...) E, neste momento, a pessoa vai ser trabalhada com todas estas questões que a deixam vulnerável (...). Trabalhar a vulnerabilidade é trabalhar o contexto social, é o contexto social que a gente vê cada vez mais sendo necessário o fortalecimento da sua maneira de condução dessas pessoas, o apoio não é o apoio sorológico, é o apoio social que tem que ser construído por toda uma equipe” (profissional do CTA).*

Segundo os profissionais, a partir do momento que o usuário opta pelo teste, necessariamente irá passar pelo aconselhamento em que será trabalhado o seu saber sobre a questão, auxiliando-o a compreender as implicações de um diagnóstico positivo ou negativo, instrumentalizando-o a se cuidar. Caso o diagnóstico seja positivo, é encaminhado ao serviço ambulatorial especializado, o SAE.

Além do aconselhamento, o serviço também trabalha a questão da Violência Sexual, cujo primeiro atendimento é realizado no HPS<sup>30</sup>, referendado para o CTA para todo o acompanhamento. Na visão dos profissionais, o CTA seria mais para o diagnóstico sorológico, porém a equipe desenvolve uma atenção mais integral, um vínculo a mais com as pessoas. Para alcançar os pais na luta pela prevenção, o serviço passou a fazer um trabalho nas empresas, indo onde os pais trabalham. Essa postura de buscar levar informação, conhecimento a todos os segmentos, onde quer que seja é, para os profissionais, uma postura educativa que orienta suas práticas.

*“Bom, para quem tem o vírus esta é basicamente a prática oferecida. Para quem não tem, desenvolvemos as práticas de educação em saúde, na questão da divulgação do serviço, abrindo um outro leque, pois a prevenção ela constitui não só do centro de testagem, mas também de todo um projeto dentro do núcleo de educação em saúde e que se preferiu chamar pela questão ideológica do contexto de educação afetiva-sexual e ela é muito mais, é educação para a vida. Hoje em dia, você não pode abordar a sexualidade sem falar das questões de gênero, sem falar do contexto social que está a todo o momento presente. Hoje, não se faz prevenção, não se faz educação em saúde em HIV/AIDS sem sair dos muros da instituição, sem ampliar o fazer” (profissional do CTA).*

Para a média complexidade, os usuários portadores de HIV/AIDS têm o direito de buscar seu tratamento como todos os outros indivíduos e, como sujeitos da sua história, trazem consigo um conjunto de informações e conhecimentos oriundos de suas vivências e experiências que são trabalhadas, na medida do possível, nas práticas desenvolvidas no SAE em nível ambulatorial.

O SAE trabalha com uma equipe multiprofissional, oferecendo atendimento<sup>31</sup> em infectologia, enfermagem, assistência social, psicologia, odontologia, oftalmologia, além de assistência farmacêutica; encaminhamentos para exames diagnósticos como os de contagem

---

<sup>30</sup> Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Teixeira.

<sup>31</sup> Medicina, enfermagem, serviço social e psicologia são considerados serviços-base do atendimento. Odontologia, oftalmologia e farmácia são consideradas serviços de apoio.

de linfócitos CD4/CD8<sup>32</sup> e carga<sup>33</sup> viral; dispensação da medicação antirretroviral; orientação de direitos sociais, entre eles a aquisição de carteira<sup>34</sup> de passe livre; realiza um encontro mensal – “Quinta Mais” – em que é discutido um tema ligado ao HIV/AIDS pré-selecionado junto aos usuários (estratégia esta vista pelos profissionais como a mais eficaz no esforço de aumentar o vínculo, partindo da informação já trazida por eles em relação a sua condição sorológica, assim como também em relação a seus direitos e deveres); desenvolvimento do “Programa de Redução da Transmissão Vertical” implantado desde 1997, com orientação sobre amamentação, pré-natal, ressaltando a importância do acompanhamento para que o bebê nasça saudável; a distribuição de leite em pó; além do estabelecimento de parcerias com ONGs como o Grupo CASA.

Os profissionais salientam que o serviço busca oferecer um cuidado não só para quem está doente ou tem o vírus, mas também o envolvimento do parceiro e da família. Nas abordagens, os usuários são orientados quanto ao que significa conviver com o vírus, estimulando a autonomia para que cuidem da saúde sem deixar de viver.

*“Acho que o trabalho educativo é importante em se tratando de uma doença ainda muito carregada de preconceitos e nós procuramos educar através da informação completa. A gente procura informar bem e discutir o problema com a pessoa para que ela cuide mais de si porque nós já percebemos que, quando a pessoa sabe o que acontece com ela, ela cuida melhor, segue mais as orientações e até pergunta mais. Isso rebate, inclusive, no número de mortes ou internação. O que queremos é aumentar a perspectiva de vida através da promoção da saúde. Nos preocupamos tanto com o vírus quanto com o que pode vir através dele como as doenças oportunistas, como a tuberculose, além de doenças sexualmente transmissíveis. Buscamos trabalhar o indivíduo de forma ampla, oferecendo a ele além do remédio e das consultas de rotina, a educação em saúde em HIV/AIDS através de grupos educativos e atendimentos individuais, partindo não só do que temos, do que sabemos, mas do que ele, que vive o problema, tem para mostrar” (profissional do SAE).*

Os profissionais evidenciam que, nas práticas educativas desenvolvidas – em sua maioria de forma individual, pois não há espaço físico<sup>35</sup> para grupo –, procura-se retirar a

---

<sup>32</sup> Contagem de linfócitos CD4 e CD8 são exames que medem a quantidade de células de defesa que o portador de HIV possui, sendo, através dessa contagem, que se avalia se o paciente é ou não portador da aids.

<sup>33</sup> Pelo exame de carga viral mede-se a quantidade de vírus HIV que o portador possui em seu corpo e avalia-se a necessidade da indicação do uso da medicação.

<sup>34</sup> Confeccionada no SAE e de responsabilidade do Serviço Social.

<sup>35</sup> A sala destinada a reuniões, grupos, hoje é ocupada pela farmácia desde a descentralização da dispensação de medicação, antes pertencente à Farmácia do SUS. Há planos de fazer grupos educativos com mulheres para trabalhar suas questões, especialmente agora com o aumento na população feminina, trabalhando autoestima, sexualidade, métodos contraceptivos, sendo, estas mulheres seriam as pacientes do SAE, não sendo possível por

dimensão da culpa e ressaltar as opções de cuidado e a importância da participação e responsabilidade para com sua saúde.

*“Dizemos: vamos cuidar, tratar, fazer este tratamento, trazer o parceiro, o filho, os familiares também. Trabalhamos a questão do preservativo, inclusive com o sorodiscordante para não contaminar o parceiro e também para evitar reinfecção. Orientação a familiares, atendimento individual. Atendemos todas as faixas etárias (0 a 3 anos de idade). Fazemos acompanhamento de bebês de mães soropositivas que ficam até 2 anos de idade, existem as crianças contaminadas, mais ou menos 80 crianças na faixa etária até pré-adolescência. Atendemos também ao adolescente” (profissional do SAE).*

Para a alta complexidade<sup>36</sup>, as práticas desenvolvidas voltam-se a fornecer tratamento e orientações para quem tem a doença e orientações para esclarecer dúvidas para quem não tem o vírus. Na enfermaria, é disponível o atendimento de especialidades médicas e não médicas que possuem um alto índice de rotatividade por ser o trabalho conduzido, a maior parte do tempo, por profissionais-residentes. Além desses atendimentos, há o desenvolvimento do Projeto de Extensão “DST/AIDS – Na Mira da Prevenção<sup>37</sup>”, sob a responsabilidade do Serviço Social e cujo processo de trabalho se dá através do grupo educativo. Essa prática – ressaltam os profissionais – ainda se mantém isolada das práticas desenvolvidas no hospital e, apesar de o seu desenvolvimento datar de 2003, até hoje não se conseguiu que o projeto fosse incorporado como uma prática de equipe, de responsabilidade de todos os profissionais e não apenas do Serviço Social.

No ambulatório, são disponibilizadas consultas com as especialidades médicas, atendimento de demanda espontânea pelo Serviço Social e a participação das outras profissões através da inserção em projetos de extensão nas áreas da mulher e da criança. Quanto ao enfrentamento do(a) HIV/AIDS, há um ambulatório de DIP, com consultas com infectologistas, o projeto “Fusio” com a administração da medicação antirretroviral intravenosa, que também engloba o grupo e orientação/prevenção e promoção da saúde.

*“Quando a gente consegue abordar estas pessoas, a gente procura fazer este trabalho de orientação, de prevenção porque não é porque a pessoa*

---

falta de espaço.

<sup>36</sup> O HU possui duas unidades: a unidade com as enfermarias, localizada no Bairro Santa Catarina; e a unidade CAS, onde funcionam os ambulatórios, localizada no Bairro Dom Bosco.

<sup>37</sup> Mesmo projeto desenvolvido na UBS Olavo Costa, adaptado para as especificidades do ambiente hospitalar, com registro de extensão na UFJF.

*tem o Vírus que ela não tem que se prevenir quanto a outras DSTs. Para promoção e prevenção, a gente também procura trabalhar no sentido do grupo, da Educação em Saúde, que a gente convida as pessoas não só dos leitões específicos de HIV, mas das outras pessoas para estar construindo um conhecimento junto, não só estar passando a informação, mas partindo do conhecimento deles e passando a informação pra eles de forma conjunta. É através da informação que a gente trabalha a prevenção e a promoção no grupo, nas abordagens individuais também, não só nos grupos. A gente tem percebido também que as pessoas têm o Vírus há muito tempo e não sabe minimamente a respeito da doença e, às vezes, um diagnóstico muito recente também só ouviu falar, mas não sabe muito, então é passada muita informação” (profissional do HU).*

Nas práticas, especialmente de grupo, consideradas as mais educativas – apesar de os atendimentos individuais também serem considerados importante –, os profissionais apontam a preocupação de embasá-las nas demandas dos usuários, a partir do que eles sabem. Entretanto, evidenciam que nem todos os profissionais trabalham dessa forma.

*“Bom, nas nossas abordagens individuais ou em grupo, a gente procura traçar um perfil do usuário e vendo as principais demandas da pessoa. Fazemos encaminhamentos para a rede, orientações previdenciárias, direitos, esclarecimento aos familiares, o cuidado, o apoio dos familiares. No grupo principalmente, partimos do conhecimento deles. Acharmos importante estar trabalhando a promoção e prevenção da saúde no setor terciário, porque, muitas vezes, isso fica a cargo da UBS e a gente procura trabalhar isso. (...) Mas, mas muitas vezes a equipe de saúde não tem este cuidado, essa preocupação, às vezes falam o diagnóstico sem se preocupar o que este diagnóstico vai representar na vida dessas pessoas. A gente procura trabalhar neste sentido do cuidado e o que eu percebo é que muitas dessas pessoas que têm o HIV ela mesma se culpabiliza muito em relação a isso. Ela se sente uma pessoa menor, por conta de ter o HIV, e isso está muito estigmatizado na pessoa que tem o HIV também” (profissional do HU).*

Ao mesmo tempo em que consideram suas práticas educativas, os profissionais chamam a atenção para o desafio que é educar em saúde, devido à heterogeneidade do público no que concerne a visões de mundo, cultura, nível de instrução.

*“A gente faz, ou pelo menos tenta, mas eu acredito que ainda tem muito pouco. Acho que há necessidade de um investimento maior no processo educativo. Acredito que só com informação, com o conhecimento, a gente pode educar e até diminuir o índice. (...) Mas, mesmo esta história de informação é complicada: o que a gente informa? Está chegando nas*



*peças? De que forma ela está chegando nas pessoas? Eu tenho me questionado muito em relação a isso. Eu acho que tem informação sim, mas, de repente, a forma como ela está sendo passada não está sendo suficiente. As pessoas têm muitas dúvidas ainda em relação ao HIV, à aids, quem já tem e quem não tem. (...) Agora, eu vejo muito difícil também você mudar comportamento. Sabe, eu acho que isso aí é um processo. A gente tem feito junto com os pacientes e familiares, a gente tem feito um momento de discussão sobre a doença, sobre o tratamento que está sendo submetido, e também sobre a vida deles em si, a sua vida sexual, buscando pra eles terem uma qualidade de vida. Então a gente vê que neste grupo é um grupo onde a gente tem deixado os pacientes bem à vontade, no sentido deles estarem colocando suas dúvidas, de estar podendo esclarecer isso aí, e conforme eles estarem levando isso lá pra fora.(...) Mas uma das coisas que a gente se preocupa é o nível cultural e de instrução desses pacientes. Que, às vezes, a gente recebe pacientes com um nível muito baixo e aí a gente tem que recorrer às pessoas que lidam com esta pessoa para poder estar assimilando isso aí, a poder passar para o paciente. Então eu acho que tem um ou dois pacientes que a gente não conseguiu atingir nosso intento, pessoas do interior, pessoas simples, do meio rural em que a gente não conseguiu que viesse aqui alguém da família” (profissional do HU).*

Na entidade filantrópica, para enfrentamento do aumento dos números da epidemia, é desenvolvido um trabalho de informação, educação, prevenção e promoção da saúde. As ações de prevenção e promoção são realizadas tanto nos grupos, discutindo questões de interesse, como preconceito, fortalecimento das relações familiares importantes para o tratamento e compreensão da condição de saúde, buscando dar e trocar informações, experiências, incentivar o cuidado da saúde para ter qualidade de vida e formar multiplicadores que levarão para a sua comunidade as informações em HIV/AIDS; quanto em atividades que extrapolam a instituição, como em palestras e oficinas ministradas em escolas – ainda que, para os profissionais do CASA, discutir este assunto no meio escolar ainda seja um tabu. Segundo o CASA, suas práticas são consideradas educativas na medida em que o processo se dá através do incentivo à participação.

As práticas no Grupo CASA são desenvolvidas pelas áreas de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapias holísticas como o Reiki<sup>38</sup>, além de atendimento jurídico. Também são oferecidas atividades como oficinas de artesanato de caráter terapêutico, realizadas visitas institucionais para estabelecimento de parcerias e

---

<sup>38</sup> Segundo o CASA, é uma terapia baseada na canalização da energia, objetivando restaurar o equilíbrio emocional, físico ou espiritual; podendo eliminar doenças e promover saúde, sendo reconhecido como terapia alternativa complementar pela OMS.

domiciliares para acompanhamento; acompanhamento de gestantes soropositivas e de seus bebês até os dois anos de idade, além do trabalho com adolescentes com o Projeto “Educar”.

*“O Grupo Casa é uma casa-dia, é a única instituição casa-dia de JF onde as pessoas podem permanecer o dia todo, fazendo as atividades. Para garantir qualidade de vida às pessoas vivendo e convivendo com o HIV/AIDS, oferecemos diariamente assistência material e especializada aos usuários. Material com refeições (café da manhã, almoço e café da tarde), distribuição de cestas básicas e preservativos, leite, roupas, brinquedos. Atendimento especializado em diversas áreas, além do projeto Educar, em que realizamos um trabalho de prevenção das DSTs/AIDS e promoção da saúde junto ao adolescentes e pré-adolescentes que vivem ou convivem com o HIV/AIDS. Complementando nossas ações, fazemos encaminhamentos para a rede no sentido de garantir direitos” (profissional do CASA).*

No eixo “**Acolhimento, responsabilização e vínculo**”, vislumbrou-se o papel do profissional nas práticas de saúde, o processo de escuta das demandas e percepção das necessidades de saúde, além do processo de resolução de problemas. Para a atenção básica, o papel do profissional é o de, antes de prescrever, saber ouvir e aproveitar o saber do outro no desenvolvimento da prática. A UBS é o serviço mais próximo do usuário, sendo neste nível que suas demandas e necessidades devem ser acolhidas em um primeiro momento.

*“O bom profissional é aquele que saiba ouvir, aproveitar o que a pessoa fala pra ele para então poder passar uma informação de qualidade que ajude a desfazer alguns preconceitos. Temos reuniões e equipe e sempre discutimos que temos que encontrar estratégias para atender aos protocolos e ao que o usuário traz para nós, pois somos o serviço mais próximo deles. Nem todos procuram os serviços do centro, pois, além de longe, certas coisas têm que ter o encaminhamento da UBS” (profissional da UBS).*

A demanda primeira para a UBS versa pelo atendimento médico. Segundo o próprio serviço, isso é cultural, sendo muito difícil de romper. Dessa procura é possível perceber outras necessidades, sendo referendado para a rede. No caso de atendimento em HIV/AIDS, faz-se uma primeira abordagem e logo se encaminha para o CTA, que, dependendo da situação, referencia para o SAE. Neste contato constante estabelecido com o usuário,

trabalham-se as implicações do quadro e das responsabilidades que o usuário passa a ter pelo seu cuidado, não sendo prerrogativa apenas do profissional o ato cuidador.

*“Do público em geral o que a gente mais escuta em termos de demanda é por consultas com especialista que demora um pouco, dependendo da especialidade. De quem necessita de atendimento em HIV/AIDS, encaminha-se para a rede CTA e SAE, pois não há problema com vaga, mas percebemos também que, além da necessidade de ser acompanhado nestes serviços, especialmente porque será um acompanhamento longe de casa, dos vizinhos que possam descobrir o que ele tem, os usuários nos apresentam as angústias de como será daqui pra frente, se ele poderá ter uma vida normal ou se não viverá muito. Dentro das nossas possibilidades, procuramos discutir com ele o que é esta nova fase de sua vida para que ele compreenda que cada um tem que cumprir sua parte. Existe o serviço, o remédio, mas ele também tem que fazer a sua parte. Mas não somos bobos, sabemos que muitos, pela falta de informação, baixa escolaridade ou resistência mesmo, não compreendem o que deve ser feito” (profissional da UBS).*

Na atenção intermediária, o papel do profissional não é incutir no usuário condutas construídas a partir de seu juízo de valor. Seu papel é o de facilitar o processo de construção do conhecimento, a partir da liberdade, a partir da escuta das demandas do usuário, trabalhando com ele as questões da vulnerabilidade.

*“Vamos parar para pensar no que estamos querendo? Como eu posso entender o outro, compreender o outro para levá-lo pura e simplesmente aonde eu quero? Então, como profissionais que lidamos com o HIV/AIDS, temos que ter a maior consciência de que eu não tenho que compreender o outro para levá-lo onde eu quero, tem que se ter um respeito à liberdade do outro” (profissional do CTA).*

A partir da escuta, é possível perceber demandas, e também necessidades. O HIV/AIDS envolve as demandas imediatas por cuidado em saúde, mas revela, ao mesmo tempo, necessidades sociais que remontam à maneira como se vive, como se relaciona com os filhos, com o parceiro.

*“A escuta tem que ser realmente ativa e contínua para que não haja naturalização do fato e dentro do momento que a pessoa está vivenciando. Então a questão que fica é que tipo de assistência você quer prestar? Pura e simplesmente de diagnosticar, prescrever, ou de colher material, não, aí cabe muito ao profissional que tipo de assistência cada um de nós no campo*

*de todas as profissões queremos prestar. A escuta é necessária para se aproximar do outro, para dialogar com o outro” (profissional do CTA).*

Para chegar ao saber desse outro, o CTA aponta que se deve estar disposto a usar de todas as estratégias, tudo o que se aprendeu dentro das questões técnicas. Disposto também a ouvir e usar uma linguagem que seja comum ao outro, mas, sobretudo, deixá-lo falar para que se perceba o quanto compreendeu sobre seu estado de saúde e também para chegar a ter possibilidade de discutir esta condição de saúde e as estratégias em termos de tratamento disponíveis.

*“(…) tudo é construído, o próprio PMDST/AIDS foi e está sendo construído, então o cuidado também é construído em conjunto com o usuário ainda que, em alguns momentos, será uma atuação mais para o profissional, em outros, mais do usuário” (profissional do CTA).*

Na média complexidade, o papel do profissional é trabalhar em equipe, é fazer uma abordagem integral, é acolher, escutar, informar, discutir, deixar que o usuário se exponha, devendo utilizar-se de uma linguagem que ele entenda. Para o SAE, com a proximidade entre profissional e usuário, é possível resolver conjuntamente as questões, atendendo às exigências tanto dos protocolos seguidos quanto das necessidades apresentadas pelos usuários.

*“Procuramos evidenciar que ele tem também responsabilidade sobre o tratamento, que a responsabilidade não é só do profissional. Orientamos sempre a questão da prevenção. O profissional tem o papel de bem informar de forma que o outro entenda” (profissional do SAE).*

No processo de escuta, o profissional tem possibilidade de captar os anseios dos usuários e expor as medidas que serão adotadas. Neste momento, é possível conhecer as demandas e, sobretudo, as necessidades escondidas na expectativa, no receio do futuro, no controle da própria vida.

*“A escuta das demandas e necessidades da gestante, por exemplo: no acolhimento, gosto de conversar com esta gestante sobre como será, a questão da amamentação, porque que a criança vai ficar em acompanhamento até 2 anos, explicar a questão dos anticorpos, porque não adianta fazer exame logo que nasce que vai dar positivo. Orientar sobre os medicamentos, se ela vai ganhar o neném fora de JF para ela ficar atenta para que façam o AZT 3 horas antes da cesariana ou parto normal, então para que ela também tome conta disso, desses cuidados. A questão do leite,*

*se eles não derem injeção para secar o leite, pedir para que ela use um tope, faça inibição mecânica da lactação” (profissional do SAE)*

Para os profissionais do SAE, se o usuário se sente acolhido, com confiança no serviço e no profissional, ele retorna e participa ativamente de seu processo de cuidado. E, toda vez que ele retorna ao serviço, aflora o momento propício para realizar ou dar continuidade às práticas educativas de acordo com a demanda.

*“Procuramos mostrar que a responsabilidade do cuidar é de todos não só nossa ou deles. Para isso, a proximidade entre nós profissionais com eles usuários é muito importante para haver confiança para buscar respostas coletivas e garantir um serviço que resolve e não enrola. O papel da equipe é de grande importância, pois objetiva envolver o usuário com seu tratamento, acolhendo-o, orientando-o, trabalhando para que este possa estabelecer um vínculo com a instituição e solucionado as demandas” (profissional do SAE).*

Para a alta complexidade, o papel do profissional versa pelo respeito ao outro, à experiência que ele traz, à sua condição de pessoa e não de doente, fazendo o exercício de aproximação para construção de vínculo e confiança.

*“A gente trata de pessoas não é um doente HIV, portador do vírus. Ele tem toda uma vida, passou por várias vivências, experiências e não cabe a nós estar julgando porque ela adquiriu HIV, sendo que nós também, no nosso dia a dia, também podemos, amanhã ou depois, precisar de uma transfusão de sangue e nos contaminar com o HIV” (profissional do HU).*

O profissional tem que saber ouvir para perceber as necessidades. No HU, esta escuta é realizada de forma individual e grupal, permitindo que o usuário exponha seus pontos de vista, o conhecimento acumulado, as ideias preconcebidas, buscando a problematização e resolução pactuada dos problemas. O serviço salienta que a família é requisitada para estas abordagens por ser referência primeira de apoio ao usuário, sendo fundamental no processo de cuidado.

*“Eu acho que tem que haver sintonia entre o profissional e o cliente. Se não tiver esta sintonia, fica difícil de caminhar porque o cuidado depende dos dois. (...) O profissional de saúde tem papel ímpar no enfrentamento do HIV/AIDS. Às vezes, eu fico assim com medo da gente como profissional estar caindo nas práticas antigas de educação, educação não no sentido de como se diz?... de educação de dizer o que as pessoas têm que fazer, o que é*

*certo o que é errado. A gente tem sempre que estar se policiando nisso. Estar respeitando aquilo que a pessoa acredita, o meio que ela vive, aquilo que ela está construindo dentro dela, estar respeitando este limite, mas, inda assim, estar passando informações para estar orientando esta pessoa. Acho que o papel do profissional é esse, de cuidar, (...) não só de estar passando as informações, mas de construir junto com o usuário uma autonomia para que ele possa estar seguindo em frente, não criar o vínculo no sentido dele se tornar dependente do profissional, mas que ele se torne dono do seu processo saúde-doença, tendo autonomia para resolver seus problemas” (profissional do HU).*

Para o serviço, perceber se o usuário compreendeu o processo de cuidado não é tarefa fácil, por isso a preocupação com o uso da linguagem e da oportunidade de o outro se expressar.

*“(...) um ponto que não é fácil é perceber se o paciente entendeu todas as recomendações, o processo de cuidado ofertado e que ele também é responsável. Eu só percebo que ele compreendeu quando eu vejo ele fazer. A gente traz a medicação e eles mesmos vão fazendo, isso traz autonomia. Eu observo se eles estão desenvolvendo técnica, para fazer corretamente, aí eu sei que eles realmente assimilaram. (...) A linguagem que a gente usa tem que ser mais simples, não adianta querer usar termos técnicos, difíceis, e, às vezes, estar mostrando gravuras, a gente tem um álbum seriado que nos ajuda a explicar com ele visualizando a coisa, o local de aplicação é este aqui, a importância de estar fazendo a massagem no local da aplicação para melhor absorção da droga. A gente percebe que os outros profissionais até conversam, mas numa linguagem muito distante da linguagem deles. Tem que preocupar realmente se aquela informação foi passada de forma... Não de forma correta, mas de forma que seja... que ele possa estar entendendo isso. Na questão da linguagem, na comunicação, eu vejo o grupo como um momento muito rico de aproximação com o outro” (profissional do HU).*

Os profissionais salientam que as situações-problema são resolvidas, na medida do possível, de forma conjunta, pois o serviço procura dar as orientações para que o usuário também possa resolver. Muitas vezes, se esbarra na questão de o usuário não saber ler, não saber escrever, ter dificuldade de entender o processo de cuidado. A saída encontrada é dar o primeiro passo de forma que, dentro da limitação, tenha autonomia para continuar.

*“Às vezes, não é possível devido à condição da pessoa, sem instrução, condições mesmo de estar resolvendo seu problema. Às vezes, temos que dar para ele fazer, mas sempre no sentido dele poder fazer também, não*

*depender e nós também não arbitrarmos na vida dele. É então uma busca de solução mais conjunta do que de um e outro”. (profissional do HU)*

Na entidade filantrópica, o acolhimento se inicia quando os usuários chegam ao CASA. Este acolhimento objetiva ouvir suas indagações e explicar o tipo de apoio que poderão encontrar na instituição, além de trabalhar a vulnerabilidade e não a culpabilização.

*“Procuramos ouvir as pessoas e usar uma linguagem que chegue mais próximo delas, incentivamos que tenham confiança em nós, pois, como profissionais, devemos ter uma relação direta com os usuários” (profissional do CASA).*

Para o CASA, o papel do profissional é o de educador que aproveita o saber do outro e não impõe o seu, ainda que, em alguns momentos, para incentivar a discussão, acabe por sugerir ou apresentar mais demandas do que as apresentadas pelos usuários. Entretanto, procura-se resolver as questões em conjunto por não se poder obrigar ou determinar a responsabilidade apenas de uma parte.

*“Às vezes, esta dificuldade está em eles não saberem bem o que querem e, a partir do que ofertamos, buscamos espaços para discussão. Percebemos que conseguimos chegar mais próximo deles quando eles nos trazem retorno sobre tomada de decisões a partir do que foi discutido, por exemplo, discutimos direitos em um grupo, na outra semana, eles vieram contar que procuraram o CRAS para serem atendidos porque compreenderam que tinham direito a isso” (profissional do CASA).*

No eixo “**Diagnóstico, adesão e tratamento**”, apreendeu-se como este diagnóstico é revelado, os impactos provocados, as providências tomadas, as estratégias de adesão e fidelização ao tratamento. A atenção básica não se incumbe de dar o diagnóstico, a não ser em casos de gestantes em que o médico do posto solicita o anti-HIV, juntamente com outros exames. Neste caso, há uma abordagem seguida do encaminhamento para o SAE.

*“Bom, normalmente, ficamos sabendo ou quando eles nos contam ou quando chega o resultado de exame de sangue e a pessoa traz para o médico daqui ver e lá está. Isso acontece com exames para grávidas. Mas, às vezes, a pessoa tomou a iniciativa de fazer o exame e trazer para o médico daqui explicar. Mas o fato é que, na maioria dos casos, quem conta*

*já vem com um diagnóstico fornecido pelo pessoal do CTA e do SAE” (profissional da UBS).*

De acordo com a UBS, quando se sabe do caso positivo, procura-se explicar a nova situação de saúde que, a princípio, apresenta-se como desesperadora, e incentiva-se a adesão ao tratamento que, geralmente, começa com consultas e exames de rotina e entra em esquema de coquetel e, quando é percebido o abandono ao tratamento, entra-se em contato com o usuário ou família, além de comunicação ao SAE para providências.

*“Quando eles descobrem e vêm contar, percebemos o desespero, o medo do preconceito, de como contar para a família ou parceiro, se os filhos também têm. Incentivamos a contar para aqueles que realmente precisam saber. O SS orienta sobre os direitos sociais, a gratuidade do tratamento para todos, incentivamos não abandonar o tratamento e, quando sabemos que a família sabe, tentamos contato com ela para incentivar o cuidado e também solicitamos visita do SAE” (profissional da UBS).*

A atenção intermediária, o diagnóstico e sua discussão como positivo ou negativo são responsabilidades do CTA.

*“O resultado é passado pra o paciente por nós. É única e exclusivamente para o paciente por que senão você não garante o sigilo, todas as questões éticas que perpassam um centro de testagem e aconselhamento. A equipe foi capacitada para isso, para dar o diagnóstico e proceder às outras ações. Por isso que eu falo os saberes se ampliaram na medida da riqueza desses profissionais juntos. Passar o diagnóstico não é tarefa fácil. Inclusive nossa luta é por um diagnóstico o mais precoce possível para garantir uma assistência melhor possível” (profissional do CTA).*

De acordo com os profissionais do CTA, saber do diagnóstico positivo traz um impacto muito grande para a vida da pessoa que, inclusive, rebate na adesão na medida em que o que leva o usuário a não aderir é sua situação de vulnerabilidade.

*“O diagnóstico impacta bastante no usuário, especialmente dependendo do momento em que estiver passando. Não é um diagnóstico isolado, traz influência seu exercício sexual, nas relações interpessoais, dentre outras, não dá pra reduzir em poucas palavras os impactos que são de toda ordem com maior ou menor intensidade. Inclusive isso traz impactos na adesão como um todo. Essa questão da adesão é interessante: tirando o que a pessoa estiver vivendo no momento, até que ela hoje é mais fácil a gente fazer um convencimento dessa adesão na medida que temos 23 anos de epidemia em Juiz de Fora, então as pessoas sabem que convivem com*



*“pessoas soropositivas há mais de 20 anos. Então, hoje, quando passamos o diagnóstico, ela já sabe minimamente do que se trata, que conhece um vizinho que tem, e que está se tratando e que o outro que não se tratou foi, então já tem essa realidade. Não é desconhecida quando como começou. Acaba que ele já tem uma identidade quando a gente fala da adesão, o que pesa para o abandono ao meu ver é o momento que a pessoa vivencia não o desconhecimento total, daí a necessidade de trabalhar as vulnerabilidades” (profissional do CTA).*

Quanto a não adesão resulta em abandono ao tratamento, o serviço salienta a responsabilidade do SAE, que se encarrega da busca ativa.

*“(…) porque, após o diagnóstico e o aconselhamento, referendamos para o SAE que se incumbe do prosseguimento do tratamento, responsável por monitorar inclusive os casos de abandono. Mas, sempre que podemos, colaboramos neste sentido” (profissional do CTA).*

Para a média complexidade, o trabalho se inicia a partir do diagnóstico trazido pelo usuário, geralmente do CTA ou do hospital. O trabalho do SAE é o de iniciar uma escuta do diagnóstico e proceder a uma abordagem de compreensão sobre a nova condição de saúde e vida do indivíduo.

*“Como ele vem referendado, pois somos nível secundário, ele já vem com o diagnóstico que foi dado ou pelo pessoal do CT ou pelo médico do hospital. Nós procuramos orientá-lo, saber se compreendeu o que aconteceu e o que é possível fazer em termos de tratamento. Procuramos acolher suas demandas, pois é difícil receber a confirmação e cada um reage de uma maneira, às vezes, com apatia, às vezes, com revolta, resistência, às vezes, com medo de contar pra família, medo do preconceito. Na abordagem, procuramos desvincular aids de morte” (profissional do SAE).*

De acordo com o SAE, quando o usuário se descobre portador, é percebida a preocupação e, ao mesmo tempo, a frustração. O impacto gerado circunda sobre a questão de “como será o amanhã”, como poderá viver com o vírus, como contar para a família. O serviço observa que o receio do preconceito e da exclusão desencadeia também a recusa ao tratamento, redundando em casos de abandono.

*“Muitos até iniciam o tratamento, mas, em algum momento, acaba abandonando, mesmo com os esforços para reaproximá-los do serviço e,*

*quando voltam, geralmente sua carga viral não está estável<sup>39</sup> como deveria. Para a adesão, procuramos estimular, explicando que quem adere tem uma qualidade de vida melhor. O fato da farmácia ser aqui dentro também foi uma estratégia para estimular a adesão por conta da privacidade. A adesão depende muito também da simpatia e acolhida dos profissionais, da relação de confiança que se estabelece entre paciente e profissional” (profissional do SAE)*

Para a adesão, o serviço salienta que, em suas abordagens, busca estimular e esclarecer ao usuário a importância do tratamento, a administração da medicação, destacando que adesão não é apenas medicamentosa, tratar-se é estar bem consigo mesmo nas relações sociais e afetivas.

*“Muitos, por não entenderem o que se passa com eles, não voltam ao serviço e precisamos ficar atentos para uma abordagem que reflita sobre sua condição sorológica, a importância de seguir a prescrição, e a corresponsabilidade pela qualidade de vida” (profissional do SAE).*

Quanto aos casos de abandono, o SAE realiza a busca ativa, especialmente de crianças, adolescentes e gestantes. Entretanto, considera que o trabalho de busca ativa deva ser aprimorado.

Na alta complexidade, é o profissional médico quem informa o diagnóstico. Esse informar não é discutido em equipe e seus impactos dependem muito de como se dá.

*“O diagnóstico aqui no HU é dado para o usuário mesmo só que não da forma como deveria ser. É dado o diagnóstico como é dado o diagnóstico de qualquer outra doença que não vai afetar tanto a vida dessa pessoa. (...) Quando a pessoa recebe o diagnóstico, sua vida muda e, apesar da gente falar que pode ter qualidade de vida, muitos se sentem menores, culpados, com medo do preconceito. (...) Cada médico tem uma postura, tem médicos que fazem uma abordagem mais direta, tem outros que oferecem para o paciente o que tem hoje em termos de tratamento, esclarecendo ele, e tem aqueles que infelizmente não dão muita importância a este outro lado da pessoa, o lado humano, são mais diretos. Não basta falar que ela tem o HIV, mas esclarecer. É muito impactante pra quem recebe a confirmação, a pessoa pode desenvolver quadro depressivo, se fechar, pensar até em*

---

<sup>39</sup> A progressão da doença está relacionada com a queda da contagem de [linfócitos T CD4](#) no sangue. A contagem normal desses linfócitos varia de 1.000 a 2.500 células/ml de sangue. A contagem da carga viral é considerada alta acima de 100.000 cópias/ml de sangue. Com o tratamento adequado, a carga viral tende a ficar abaixo de 50 cópias/ml. Mas, ainda, há o risco das doenças oportunistas.

*suicídio, depende de cada um, mas não é uma notícia nem fácil de se dar, nem fácil de digerir” (profissional do HU).*

Quanto à adesão, após o diagnóstico, se o usuário estiver internado, começa o tratamento no HU e, em alta, é encaminhado para o ambulatório do hospital ou para o do SAE e, dependendo da medicação a ser ministrada, começa a fazer parte do “Grupo do Fusio”. Como parte do incentivo à adesão, é realizada uma sensibilização para que o usuário converse com seus parceiros/filhos para que possam fazer o teste. Fazem parte da abordagem profissional as informações de prevenção para (re)contágio, bem como seus direitos e deveres par com o cuidado. Apesar das medidas para adesão, uma parte dos usuários abandona o tratamento. Diante desse dado é realizada uma busca ativa – ainda que deficitária –, fazendo uma sensibilização para o retorno.

*“Se eles somem do grupo, a gente aciona do Serviço Social para busca ativa. Quanto à falta para pegar ou tomar a medicação é um controle feito pela farmácia. Eles recebem um kit que dura de 30 a 60 dias. Baseado neste retorno para buscar a medicação, a gente sabe se aderiu ao tratamento ou não e, se demora para pegar o kit, ou ele abandonou ou está usando erradamente. Quem tem este controle ou é a farmácia ou o próprio médico. (...) Mas a busca ativa é difícil porque os próprios dados estão desatualizados, os telefones e endereços não batem, assim, fica difícil um controle social sobre os usuários” (profissional do HU).*

Para o enfrentamento efetivo da aids, os profissionais do HU apontam que os serviços devem estar bem articulados, preparados e equipados para cuidar bem, sem passarem pelo constrangimento da escassez de insumos básicos como os medicamentos para conter efeitos colaterais. Também reforçaram a necessidade de se delegar competências específicas para a atenção básica e o esforço maior para o trabalho em equipe.

No caso da entidade filantrópica, o CASA não tem a responsabilidade pelo diagnóstico que já é disseminado pela rede de saúde. Entretanto, a instituição se propõe a discutir com os usuários e a orientá-los para que aceitem da melhor forma possível a nova condição de saúde e possam refletir sobre as melhores alternativas disponíveis para seu cuidado. Segundo o CASA, seu papel é o de incentivar o cuidado, a adesão ao tratamento e prestar apoio material e especializado sempre que demandado.

*“Eles já chegam com o diagnóstico e este diagnóstico, traz, com certeza, impactos de toda ordem biopsicossocial e cultural e eles sentem receio do que está por vir. Procuramos orientar o que é e o que tem pra ser feito, o apoio que receberão do CASA para além do que receberão no SAE, por exemplo. Incentivamos a adesão ao tratamento e, quando identificamos que estão sumidos, fazemos visita domiciliar e entramos em contato com o SAE. Estamos caminhando na questão da referência e contrarreferência, mas buscamos trabalhar em rede” (profissional do CASA).*

E, finalmente, no último eixo, **“O desafio da prevenção: limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG”**, buscou-se descortinar os entraves, os avanços das práticas e no que poderia melhorar para contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia. Para a atenção básica, os maiores entraves residem no preconceito, na resistência, na fragilidade dos usuários em admitir que tenham o vírus. Como aids pode atingir a todos, os serviços devem estar preparados para atender a este público – população em geral – para que se evite a contínua propagação. Outro limite narrado diz respeito à equipe restrita e carente de outros profissionais que não os da equipe mínima<sup>40</sup> de Estratégia de Saúde da Família.

*“Apesar de termos práticas mais avançadas do que as do começo, ainda precisamos exercitar mais isso de escutar, que aproveitar o que o outro tem para dizer e encontrar um caminho junto para o problema. Ainda que a equipe de saúde que trabalha com este público e com este tema se alargou muito nos últimos anos, ainda falta ampliação de equipe especialmente em atenção básica. Nós, por exemplo, não contamos com psicologia na equipe de saúde da família e temos apenas um assistente social para cobrir todas as áreas” (profissional da UBS).*

Do ponto de vista da UBS, a carência de profissionais reflete na capacidade de o serviço agregar novas frentes de trabalho. O fato de o próprio Projeto de DST/AIDS não estar em funcionamento sistemático neste ano deve-se ao cotidiano exacerbado da demanda reprimida e o escasso tempo para atendimento, pois, no caso da ausência do profissional de psicologia, por exemplo, o Serviço Social acaba por ter que fazer a escuta dessas demandas, não sobrando muito tempo para o planejamento de outras ações.

<sup>40</sup> A Estratégia de Saúde da Família comporta uma equipe mínima em cada área de abrangência composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. No caso da UBS Olavo Costa, que atende três áreas, além da equipe mínima, conta com um assistente social em período integral e um dentista em meio período.

Quanto aos avanços, a UBS destaca o crescimento e fortalecimento da rede especializada CTA e SAE. Já não se tem a visão hospitalocêntrica e fatalista das práticas em relação à convivência com o vírus e a medicação é oferecida gratuitamente à população – exemplo para outros países – e não chega à farmácia do SAE tão desregulada como os medicamentos na UBS. Entretanto, ainda que a UBS reconheça estes avanços, sua percepção de estratégias para coibir a incidência da epidemia no município remonta da necessidade de agregar a estas práticas a questão da participação da área da educação no enfrentamento tanto a aids propriamente dita quanto da dependência química, porta de entrada para a disseminação do vírus.

*“Agora, é alarmante a questão dos números em nosso município e acho que esta situação só vai ser invertida se houver educação, a começar em casa e na escola, espaços muito resistentes ainda em abordar o assunto. Trabalhar questões correlatas e não só o aspecto sexual. Juiz de Fora, por exemplo, tem um problema sério com crack. Já foi o tempo da droga injetável ser predominante. O crack hoje também expõe ao HIV porque a pessoa fica tão fora de si” (profissional da UBS).*

Outro ponto relevante levantado foi a resistência do usuário em procurar a UBS para questões de DST/HIV/AIDS, por receio de que pessoas próximas descubram sua condição e o excluam do convívio. Para o profissional da UBS, a exclusão advém da falta de informação e acesso aos serviços por mais deficitários que eles sejam. No caso da atenção básica, ela precisa amadurecer muito em termos de assistência em HIV/AIDS, pois as práticas que desenvolve ficam condicionadas ao tempo sobrando não à necessidade imperiosa de que sejam parte da agenda de saúde do serviço. Acoplada a esta observação, aflora a estratégia de referência e contrarreferência que deve ser reforçada no processo de cuidado e que ainda não funciona como deveria para vigilância à saúde.

*“Dentro disso tudo, o que acho mais grave ainda o problema que enfrentamos de referência e contrarreferência no cuidado. Aqui na UBS, volta e meia, referendamos para o SAE, CTA, mas a devolutiva não ocorre e não ficamos sabendo como está o caso, a não ser que o agente comunitário descubra ou a pessoa volte para nós” (profissional da UBS).*

Para a atenção intermediária, os limites têm sido identificados no que se refere primeiramente às questões políticas, uma vez que, nos últimos anos, Juiz de Fora atravessou uma situação difícil com sua administração, que provocou um arrocho em todos os

programas, inclusive o PM-DST/AIDS. Outra questão são as condições de trabalho do profissional que, por mais que esteja engajado na tarefa do cuidar, as condições efetivas para materialização de seu trabalho são ínfimas.

*“O limite maior tem sido as questões políticas, especialmente na última administração. Eu acho que toda a ideologia política deve atender às necessidades, anseios dessa população e de todo mundo, inclusive dos técnicos com condições de trabalho. Porque, quando a política entrava, é o profissional, a equipe quem segura o serviço” (profissional do CTA).*

Ainda sobre os limites, o CTA identifica como agravante o precário monitoramento, avaliação das práticas, consideradas importantes por seu viés educativo.

*“No nosso serviço, considero todas as práticas como importantes, são educativas, mas precisam ser avaliadas, monitoradas, o que não vem acontecendo e estamos tendo problemas com a prática malconduzida. Isso precisa ser discutido porque senão nós reduzimos as práticas em isso já fazemos... isso é feito no Brasil como um todo... Devemos passar por uma reformulação do como está sendo feito. O como está sendo feito é mais importante do que falarmos ‘nós estamos fazendo’. Não acredito no fazer por fazer” (profissional do CTA).*

Ainda que identifique limites, o serviço aponta o anseio por incrementar as práticas já consolidadas a partir do aprofundamento das questões que envolvem a vulnerabilidade identificada como sendo de ordem social, econômica, afetiva, relacional, mas também de ordem prática como o acesso aos serviços de saúde para a integralidade do cuidado.

*“O que gostaríamos de ofertar é um cuidado cada vez mais centrado nos anseios do povo e dos técnicos, olhando a vulnerabilidade, a saúde. O SUS é avançado, mas os entraves da rede assistencial acaba quebrando a linha do cuidado, pois quem tem HIV, ou mesmo quem não tem, não demanda só os serviços de referência em HIV/AIDS, demanda toda a rede e nem sempre consegue acesso. Como avanço o crescimento e amadurecimento do próprio PMDST/AIDS e dos próprios profissionais que caminham no trabalho em equipe. O caminhar no sentido de ver a saúde e não a doença somente, trabalhando, como já lhe disse, a vulnerabilidade” (profissional do CTA).*

Em relação aos avanços, o CTA identifica a conquista pela qualidade da assistência, não focando apenas na cura. Na percepção de suas práticas, o serviço observa um

amadurecimento quanto a um fazer visando à produção do cuidado como qualidade de vida. Entretanto, também reconhece que, apesar de as práticas seguirem este viés qualitativo, ainda não são suficientes para aplacar os números da epidemia, sendo necessário e urgente trabalhar a educação.

*“Agora, por mais que tenhamos avançado, saída para a diminuição do avanço da epidemia seria a educação em saúde em todos os níveis. Não é pensar a educação em saúde somente para a prevenção é na sua assistência. A prática educativa sendo realizada por toda a equipe de profissionais de saúde. A educação em saúde seria extremamente importante, mas sem colocar todo peso das soluções nela. A educação não resolve todos os problemas, mas nenhum problema se resolve sem educação, educação pra vida” (profissional do CTA).*

Para a média complexidade, os grandes limites voltam-se para a ordem política (com interferência da administração municipal); ordem estrutural (com as limitações do espaço físico, inclusive crianças e adolescentes dividem este mesmo espaço, falta de ambiente para grupo, o que faz com que o atendimento seja maciçamente individual); ordem prática (com a carência de um sistema informacional que monitore os atendimentos; a questão do acolhimento não sendo realizada de forma sistematizada em virtude de poucos recursos humanos; falta de medicação complementar e até mesmo atraso do coquetel); ordem societal (envolvendo o preconceito, a culpa e o julgamento dos indivíduos); ordem do processo de cuidado (com necessidade de avanço das práticas para se garantir a adesão não apenas do tratamento, mas a adesão à prevenção com o uso do preservativo) e de ordem que rebate no processo de trabalho (como a dificuldade com o trabalho em equipe; a falta de capacitação continuada).

*“Quanto ao serviço, a questão do espaço físico é um problema porque tudo concentra aqui: é o passe livre, o coquetel, o leite, as consultas, exames. Inauguramos em com cerca de 50 pacientes e hoje, cadastrados, temos mais de mil, não sei ao certo quantos, pois não temos nada registrado, este é outro limite, mas o espaço continua o mesmo, com uma equipe mínima que parece muito por ter várias especialidades médicas e não médicas, mas que é pouco se considerado o número de atendimentos e demanda recorrente. Temos muito problema com a falta de infectologistas. Antes não atendíamos crianças, isso era feito no HU, o que aumentou muito nossa demanda. E não temos um espaço separado pra elas dos adultos (...) há a sobrecarga e este*

*acolhimento seria responsabilidade do enfermeiro, do Serviço Social ou da Psicologia. E aí como o acolhimento não acontece da forma que gostaríamos, o paciente acaba caindo direto na consulta do médico. Quanto à medicação, ela é disponível, mas, às vezes, falta e temos que solicitar que quem tenha sobras faça doação à farmácia, além da falta de medicação complementar utilizada no tratamento das doenças oportunistas. (...) Quanto ao julgamento, as pessoas acham que você procurou o vírus. Precisamos avançar também na adesão ao uso do preservativo porque o índice de soropositivas que reengravida é alto e, sem acompanhamento rígido do pré-natal, é sempre um risco o bebê também nascer com HIV. E sabemos que é uma questão cultural, pois nem todos querem usar, o parceiro não quer... Porque o pensamento às vezes é este: se eu tenho, ele tem, não precisamos usar. Mas há a questão da (re)infecção, troca de carga viral. E a dificuldade em usar o preservativo também é da mulher e não só do homem (...) devida à dificuldade de lidar com a própria sexualidade, de se tocar. (...) Ainda quanto à equipe, observamos que, apesar do esforço, há a dificuldade de um trabalho integrado com todo o trabalho em equipe (...) e a deficitária capacitação para a realização dos atendimentos às crianças e adolescentes, o que, de certa forma, traz algum ônus ao atendimento e ao tratamento, o que revela a falha de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde e do próprio Ministério da Saúde no que tange às ações voltadas aos portadores de HIV/AIDS” (profissional do SAE).*

No tipo de cuidado que gostaria de ofertar, o SAE aponta o fortalecimento do acolhimento que facilitaria o intercâmbio entre profissional e usuário. Em relação aos avanços, o serviço identifica o fortalecimento da rede de referência nos últimos anos com a ampliação dos serviços (mesmo ainda estando estrangulada, já que Juiz de Fora é cidade polo no atendimento); a ampliação da terapia antirretroviral, especialmente com a quebra de patente que traz custo-benefício; a descentralização da farmácia, a oferta de preservativos também femininos.

*“Antes tínhamos poucos remédios, o coquetel foi ampliado. (...) Antes a nossa farmácia era junto com a farmácia do SUS e aí expunha muito o paciente. Hoje ele pega o remédio aqui. O acesso ao serviço é fácil por ser no centro da cidade” (profissional do SAE).*

Como práticas para contribuir para o enfrentamento e diminuição da incidência em Juiz de Fora, o SAE aponta o fortalecimento da prevenção ligada às escolas, numa abordagem precoce, não restrita apenas à área da saúde.



*“(...) a prevenção não é só para os contaminados. Prevenção é trabalhar a questão da sexualidade nas escolas, preparar estas crianças e estes adolescentes para viver uma sexualidade sem culpa, com proteção, então esta questão dessas práticas educativas sexuais deveria ser incluída nos currículos que já estão aprovadas, mas, na prática, isto não funciona. Se você quer prevenir, diminuir o número de casos e promover saúde, você tem que trabalhar com crianças e adolescentes, isso nas escolas, no espaço da educação. Porque, em muitos casos, quando chega para o profissional de saúde, especialmente num serviço como o nosso, a pessoa já chega contaminada. Então você vai fazer uma prevenção com ela própria e com aqueles pessoas que estão a nível de proximidade dela, parceiros, filhos, familiares. Que não tem uma abrangência tão grande quanto a prevenção trabalhada para a população em geral” (profissional do SAE).*

A questão da testagem também foi apontada pelo SAE como estratégia para diminuição do número de casos.

*“O MS tem o objetivo de 100% da população brasileira testada, mas só 40 ou 46% da população brasileira já fez o teste e sabe se tem ou não o HIV” (profissional do SAE). Também foi exposto papel das campanhas que deveriam ser constantes e não pontuais. (...) As campanhas não conseguem alcançar o objetivo da prevenção, campanhas pontuais como carnaval só funciona na época de carnaval, não atingem o objetivo. Sair distribuindo camisinha como gente faz também não resolve muito. Você tem é que divulgar o local onde existe a testagem, o serviço CTA e ele vai vir assistir uma palestra, vai ter direito a 12 preservativos por mês, ensinar o uso do preservativo. Hoje você tem que educar” (profissional do SAE).*

Outro ponto importante foi a participação da Estratégia de Saúde da Família. Para o SAE, a atenção básica possui papel fundamental na prestação do cuidado, devendo ampliar sua atuação e trabalhar mais integrada com a rede de referência.

*“Eu não tenho muito contato com o PSF, mas a gente sabe que o pessoal da UBS trabalha com a questão dos métodos contraceptivos e a camisinha é um método contraceptivo. Há uma discussão no MS em torno disso que é trabalhar o preservativo não só como método contraceptivo, mas como forma de prevenção às DSTs/AIDS, de uma forma mais clara. (...) A prevenção é algo delicado, não passa só pela informação, é mudança de hábitos de vida, comportamento, cultura, de relação sexual, do uso da camisinha. Enquanto ligarmos a prevenção só à informação, não vamos avançar. Deveríamos trabalhar com pequenos grupos onde se possa discutir as necessidades a partir deles e divulgar o serviço disponível. Assim o profissional ficaria atento à escuta, considerando outros condicionantes*

*para além da questão médica como dificuldades socioeconômicas, culturais (...)(profissional do SAE).*

Com o perfil da epidemia apontando para a femininização, o SAE salienta a necessidade de discussões mais amplas sobre a sexualidade feminina, sobre sua autoestima, do empoderamento para negociação do uso do preservativo, mas acha também importante a atenção para o cuidado à saúde do homem, ainda secundarizada.

*“Agora que começou a Política de Saúde do Homem, mas quase ninguém conhece inclusive o homem. Se ele tem uma DST, é aquela velha história: vai procurar uma farmácia, não vai procurar um médico, um serviço de saúde. A mulher não, ela sabe onde ela vai. Mas e este parceiro? Em um congresso que eu fui, foi discutido a possibilidade de ter um pré-natal com o homem porque às vezes a mulher fez um teste de HIV e deu negativo, ótimo, então ela é tratada como se não tivesse este vírus e, de repente, a criança nasce e depois vem descobrir que esta gestante se contaminou e a gente não sabe em que época, se final da gravidez ou se amamentando ou o parceiro descobre que tem o vírus HIV. Então o fato dessa gestante ter um início de gestação negativo isso não elimina o fato desse parceiro ser soropositivo e pode contaminá-la até o final de uma gravidez ou em outro momento. Então eu acho que tem várias estratégias a nível secundário como esta de testar os parceiros no pré-natal” (profissional do SAE).*

Ainda na discussão das práticas que poderiam contribuir para a diminuição da incidência, o SAE chama a atenção para a necessidade de se trabalhar mais intensamente as DSTs e a dependência química. Segundo o serviço, o Programa Municipal DST/AIDS tem seu foco voltado ao HIV/AIDS e nem tanto às DSTs que são porta de entrada para o vírus. Logo, a criação de um Centro de Referência em DST/AIDS seria forte aliada no enfrentamento da epidemia, pois se preocuparia com um dos vetores da aids – as DSTs – que o SAE não abarca. Quanto à dependência química, o enfrentamento diz respeito ao crack e não apenas às drogas injetáveis como acontecia antes. A realidade de Juiz de Fora hoje é o uso alarmante desse entorpecente por ser barato e de fácil acesso, e seus efeitos aumentam a vulnerabilidade ao vírus.

*“(…) Sabemos que é também difícil cuidar da dependência química especialmente em nosso município. O acesso ao tratamento pelo SUS é precário, demorado, faltam clínicas especializadas. Aqui, por exemplo, estamos sem psiquiatria” (profissional do SAE).*

Para a alta complexidade, são vários os limites identificáveis: o cadastro para que a busca ativa se efetive também no hospital e não apenas no SAE; a falta de comunicação entre os profissionais e maior articulação do grupo da enfermagem com o restante do serviço que não se concretiza pela própria divisão que se tem em um hospital (com a rotatividade profissional e a desvalorização de atividades com grupos); a impossibilidade de aumentar a frequência das reuniões de grupo em virtude de muitos usuários serem de fora do município e dependerem do transporte de suas prefeituras.

Com relação aos avanços nestes anos de enfrentamento, o serviço destacou conquistas como o coquetel, o direito ao tratamento não só medicamentoso, a qualidade da informação, o esforço dos profissionais – guardadas as devidas proporções – em propiciar qualidade de vida aos usuários.

*“Os profissionais têm sido mais comprometidos com os pacientes. A farmácia tem tido um papel muito importante também. O médico, por exemplo, também está participando mais da parte educativa, tentando mostrar que nós não temos uma varinha de condão para tirar o HIV dele e que nosso objetivo ali não é esse, mas o de oferecer o melhor que há em termos de tratamento pra eles” (profissional do HU).*

Quanto às práticas que poderiam contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia, a alta complexidade evidenciou a necessidade de aperfeiçoamento do esclarecimento coletivo proposto nas campanhas vinculadas na mídia, não sendo tão periódico, mas constante e abrangente; a necessidade de um trabalho sistemático por parte da atenção básica; investir em informação e educação em todas as esferas: na saúde, nas instituições de ensino, em todos os espaços que permitam o diálogo desprovido de preconceito.

*“Acho que, para um controle mais efetivo da aids, deveria haver ações não periódicas, mas constantes. Não é só no carnaval e primeiro de dezembro que as pessoas podem pegar aids. Então talvez mais campanhas, mais atividades de educação em saúde, ações mais contundentes nas UBS porque, pelo que sei e vejo, não há trabalho sistematizado nas UBSs.(...) Acho que as práticas têm que esclarecer mesmo, muita gente ainda não acredita que exista HIV. Ao mesmo tempo que eu acho que melhoramos em termos de informação, educação em HIV e as propagandas não são tão discriminatórias, acho que nunca é demais investir em informação através de práticas educativas seja nos serviços de saúde, seja na escola, em casa, onde for. Enquanto não se vencer este tabu, não vamos controlar a*

*epidemia. Somente com conhecimento, educação, vamos vencer isso aí” (profissional do HU).*

Para a entidade filantrópica, os limites de uma prática integral versam pelo preconceito ainda existente e que impede o diálogo franco e aberto nos espaços coletivos da sociedade, como trabalho, comunidade, família. Para o CASA, sem a integração da rede de relações que o indivíduo estabelece, fica inviável o aprofundamento da promoção da cidadania, além da própria prevenção que depende de a sociedade se dispor a se abrir para discutir conjuntamente o enfrentamento. Além dos limites de ordem macro, o CASA aponta como entraves operacionais a limitação à própria equipe profissional, numericamente insuficiente para abarcar as demandas existentes e implementar novos projetos – que, inclusive, já traz rebatimentos no processo de trabalho atual, quando a instituição teve que optar por trabalhar mais as questões ligadas ao adulto, em detrimento dos adolescentes e dos jovens –; e a questão da dependência financeira.

*“Os limites são as questões do preconceito ainda existente, e é uma barreira de convívio. Também temos poucos profissionais pra atender da forma que gostaríamos. Hoje, nos grupos, discutimos mais questões do adulto, mas queremos retomar e avançar para as questões do adolescente e do jovem. (...) Além disso, há o problema financeiro, pois vivemos basicamente de doações e projetos com os três entes da federação, mas o Estado não anda cumprindo sua parte nos contratos de repasse de verbas” (profissional do CASA).*

Uma prática que a instituição gostaria de ver materializada e que ainda não foi possível por carência profissional e de recursos diz respeito ao projeto de geração de emprego e renda. Segundo o CASA, pelo próprio recorte da vulnerabilidade em pobreza, seus usuários possuem a necessidade de manter-se ativos, capazes de garantir seu sustento e muitos se afligem por não conseguirem voltar ao mercado de trabalho, seja pela debilidade trazida pelas complicações do quadro, pela baixa escolaridade e nível cultural, pelo desemprego estrutural, ou pelo preconceito ainda existente por parte de quem emprega.

*“Gostaríamos de ofertar uma frente de geração de trabalho e renda. Temos até projetos sobre isso na área da alimentação. Mas é difícil, você às vezes compra o biscoito de quem tem câncer, mas fica meio desconfiado quando é*

*um alimento feito por quem têm HIV, mas já fizemos projetos para buscar financiamento” (profissional do CASA).*

Na percepção do CASA, as práticas desenvolvidas na rede como um todo e não somente na instituição precisam caminhar muito para atingirem seu objetivo maior que é a diminuição do número de casos de HIV/AIDS no município. Para a instituição, falta trabalhar melhor e mais sistematicamente a educação, inclusive estabelecendo uma diretriz pedagógica com as escolas em que elas também abordassem a questão da sexualidade, não sendo mais prerrogativa exclusiva dos serviços de saúde ou entidades de apoio. Outro nicho que seria estratégico para as práticas de prevenção do avanço da epidemia seria a mídia divulgar os serviços existentes, a testagem, o cuidado disponível, não se ocupando apenas de campanhas focalizadas e sazonais.

*“Quanto ao que poderia contribuir para a diminuição do número de casos seria trabalhar a educação e a mídia. A educação continuada, inclusive como disciplina na escola a questão da sexualidade e a mídia não se manifestando apenas em campanhas esporádicas” (profissional do CASA).*

#### **3.4 – Limites e possibilidades das práticas em Saúde desenvolvidas nos serviços de referência em HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG**

Ao longo do tempo, a sociedade veio concebendo a epidemia de HIV/AIDS através de representações negativas, fatalistas, na medida em que construiu o seu conceito sobre ela a partir de uma visão deturpada de acometimento em determinados segmentos, os chamados grupos de risco, visão esta, mais tarde, ainda reforçada pela determinação de comportamento de risco, nutrindo também a falsa ilusão de que não chegaria a todos, uma doença caracterizada como sendo “do outro”.

Em um primeiro momento, a história do (a) HIV/AIDS no Brasil e também em Juiz de Fora compreendeu um enfrentamento calcado na marginalização e estigmatização das pessoas vivendo com o HIV e/ou desenvolvendo a doença que é a síndrome clínica – a aids. Essa postura adotada nos primeiros anos de enfrentamento colaborou para o desenvolvimento do preconceito, elemento ainda presente na atualidade, uma vez que se tornou uma questão cultural difícil de ser rompida.

A partir do conhecimento mais aprofundado sobre a epidemia, o Brasil elabora um programa combativo, procurando unir práticas de prevenção com promoção e tratamento medicamentoso. Como se sabe, o governo brasileiro foi o primeiro, entre os chamados países em desenvolvimento, a investir na terapia antirretroviral, o coquetel, permitindo seu acesso de forma gratuita aos usuários. Com estas medidas – prevenção, promoção e tratamento –, começava um esforço pra mudança das representações que se tinham até então sobre o (a) HIV/AIDS. O vírus HIV, como qualquer outro vírus, não era exclusividade de determinado segmento populacional, mas ganhava espaço para disseminação a partir das fragilidades sociais, percepção de vulnerabilidade que começava a permear as práticas ainda que fosse difícil desmitificar as ideias preconcebidas e arraigadas disseminadas nos primórdios da epidemia.

Atualmente o HIV/AIDS é trabalhado sobre outras bases. Do conceito restrito de grupo e comportamento de risco, emergiu o de vulnerabilidade social, que se liga aos fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais, demandante de uma prática de enfrentamento diferenciada, na medida em se observou não ser eficaz o enfrentamento através do medo e da intimidação, características primárias do cuidado em HIV/AIDS.

Entretanto, ainda que a representação do (a) HIV/AIDS tenha avançado, sua concepção como sinônimo de morte tenha evoluído e a medicina moderna tenha encontrado formas de cuidado mais eficazes como a ampliação do chamado coquetel, o aprimoramento dos exames diagnósticos, o desenvolvimento de técnicas de parto que permitem ao bebê nascer saudável, a estruturação de uma rede de referência especializada, a elevação da qualidade das informações, entre outros, ainda permanece a preocupação com o número ainda crescente de casos confirmados de contágio pelo vírus e desenvolvimento da doença. Juiz de Fora em Minas Gerais, por exemplo, situa-se hoje no segundo lugar entre os municípios mineiros com o maior número de casos registrados, o que nos faz refletir sobre a urgência de se pensar que *práticas são desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à*

*prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento, bem como que práticas poderiam contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia.*

Como apontado pela pesquisa, Juiz de Fora possui uma rede estruturada de serviços que procuram dar respostas à epidemia de aids. Estes serviços, alocados em todos os níveis de assistência em saúde, demonstraram uma preocupação com o cuidado integral, postura bem diferente da dotada nas primeiras décadas de enfrentamento, quando era preconizada uma assistência médica curativista em detrimento de uma prática mais ampla. Esta rede se desenvolve a partir de três setores formados: o Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA; dois laboratórios de referência para diagnósticos de sífilis, hepatites virais, HIV e contagem de CD4, CD8 e carga viral; e o Serviço de Assistência Especializada/SAE. Além desses setores, o programa conta com a rede conveniada como HU/UFJF; bem como com o apoio das instituições filantrópicas como o Grupo Casa, além da atenção básica, ainda que esta última, como aponta a pesquisa, deve ser fomentada.

Juiz de Fora trabalha o enfrentamento do (a) HIV/AIDS a partir do Programa Municipal de DST/AIDS (PM-DST/AIDS) e, pela análise das representações sociais dos profissionais de saúde frente às práticas desenvolvidas, percebe-se a proximidade das mesmas com os princípios e diretrizes do SUS, na medida em que as práticas de saúde preconizam o atendimento integral a partir de ações de promoção e prevenção da saúde; a universalidade do acesso através de uma rede estruturada de atendimento não só daquele acometido pelo vírus, mas a população em geral; e o controle social implicando a participação efetiva dos usuários na formulação do cuidado, bem como das entidades que lutam pelo direito de todos à saúde, pelo direito dos portadores e por uma sociedade livre de preconceitos.

A pesquisa apontou que as práticas de saúde voltadas ao enfrentamento do (a) HIV/AIDS possuem um viés educativo, na medida em que buscam instrumentalizar o indivíduo a entender a epidemia, seus efeitos e a cuidar de sua saúde através de um processo de cuidado conjunto. Esta ideia coaduna com o pensamento de Freire (1994) ao destacar que a prática educativa implica a busca e o compartilhamento de saberes e aplicabilidade desse saber no cotidiano, visando à qualidade de vida e autonomia. A partir dos cinco eixos analisados: *a caracterização da aids; o enfrentamento da epidemia e caracterização da prática em saúde; o acolhimento, responsabilização e vínculo; o diagnóstico, adesão e tratamento; e os limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS;* a pesquisa apontou a preocupação do PM-DST/AIDS em atender às premissas de Promoção,

Proteção e Prevenção; de Diagnóstico e Assistência; e de Desenvolvimento Institucional e Gestão.

No primeiro eixo, “*caracterizando o que venha a ser aids*”, destacando os sentidos atribuídos a ela, a pesquisa a destacou como um quadro de saúde suscetível de ocorrer em qualquer grupo populacional, desencadeado não apenas pelo fator biológico, mas também pelos determinantes socioeconômico-culturais, fazendo da aids uma construção social.

Ainda que a representação primeira da aids seja o seu aspecto doença – na medida em que grande parte dos sujeitos abordados iniciavam seus discursos da aids como doença –, fica exposta a ideia de um conceito mais amplo, diferente do apregoado no início da epidemia que, segundo qual se tratava, de uma doença infecciosa que acometia determinados grupos, como prostitutas, gays, dependentes químicos, homossexuais, em virtude de seu modo de vida considerado desregrado (BRASIL, 2004).

Conforme discutido no primeiro capítulo deste estudo, ao se circunscrever a doença a segmentos específicos, as práticas de saúde eram desenvolvidas visando à adoção de comportamentos saudáveis e seguros por dos indivíduos. Atualmente, a visão restritiva da epidemia não sustenta um cuidado igualmente restrito, na medida em que o perfil de público acometido por ela mudou, sendo necessário também modificar a assistência prestada, voltando-a para o conjunto da população e não apenas aos segmentos tidos como “de risco”.

As primeiras medidas aplicadas ao controle da aids cultivou a marginalização de um segmento da população, demarcando um território entre “os infectados” e “os saudáveis”, construindo uma barreira cultural e excludente ao longo do tempo, barreira esta difícil de se desconstruir em curto prazo. Sobre este aspecto, a pesquisa apontou que, hoje, apesar da compreensão mais ampla que se tem da aids e do público por ela afetado, ainda prevalece o estigma e o preconceito voltados ao portador do vírus ou ao doente de aids, o que se justifica pelo fato de os primeiros anos da epidemia deixarem marcada sua incidência em “grupos de risco” e, mais tarde, por “comportamento de risco”, permanecendo marcas profundas na sociedade que irá segregar e culpabilizar os portadores e vê-los como ameaça (BRASIL, 2004).

Hoje, a visão da aids não se reporta ao chamado “grupo ou comportamento de risco”, mas ao conceito de vulnerabilidade que se liga aos fatores sociais, ambientais e de participação e que “(...) coloca a ênfase nos aspectos sociais contextuais, conjunturais e estruturais a que os sujeitos sob ‘risco’ estão submetidos, aspectos que transcendem sua mera



vontade” (BRASIL, 2004, p. 19). De acordo com os sujeitos da pesquisa, as práticas de saúde também devem acompanhar a mudança, não sendo mais tão focalizadas e marginais como no início, especialmente em virtude do “novo retrato da aids na realidade brasileira”, mostrando uma face que abarca a pauperização, a interiorização, a juvenização e feminização.

O conceito de vulnerabilidade ligado ao(à) HIV/AIDS suscitou a reflexão de novas práticas em saúde, com teor educativo diferenciado daquele normatizador, uma vez que trouxe à tona uma questão central: o deslocamento do “risco” enraizado nas percepções de “grupo e comportamento de risco”, para a identificação de causas histórico-estruturais que levam à situação de vulnerabilidade das pessoas ao HIV. Ou seja, a partir da compreensão da aids sob o ponto de vista da vulnerabilidade, podem vislumbrar práticas coletivas e não individualizantes, uma vez que, como aponta Ayres (2003), a condição de vulnerabilidade ao vírus liga-se diretamente às condições de vida e saúde, o lugar que indivíduo ocupa na sociedade e o grau de acesso a conhecimento, bens e serviços. Segundo as representações que os profissionais em Juiz de Fora possuem sobre as práticas, ao visualizá-las sob o prisma da vulnerabilidade, identificam-nas como aquelas que são trabalhadas hoje no município visando ao acesso e resolutividade, bem como a compreensão sobre as condições de vida e saúde do indivíduo e a possibilidade de ser alcançado pelo vírus.

Diante da nova proporção tomada pela epidemia – condição de vulnerabilidade – no que se refere ao segundo eixo “*enfrentamento da epidemia e a caracterização da prática em saúde*”, a pesquisa evidenciou as práticas adotadas no novo contexto, atendendo à primeira premissa do PM-DST/AIDS em relação às práticas de Promoção, Proteção e Prevenção.

De acordo com os sujeitos da pesquisa, as práticas de saúde implementadas hoje em Juiz de Fora se dão através de atendimentos individuais em consultas com especialidades médicas e não médicas, do trabalho com grupos através de oficinas e palestras (intra e extra serviços), do aconselhamento que pode ser coletivo, individual e pós-teste, da distribuição de preservativos e material educativo, além da dispensação de medicação. Para os profissionais, as práticas desenvolvidas no município voltam-se ao cuidado integral – que, para Ayres (2004), se desenvolve através da interação entre os sujeitos, mediação entre saberes e a responsabilização mútua na assistência – pautado nas necessidades de saúde apresentadas, necessidades estas que instrumentalizam profissionais e serviços a desenvolverem uma prática pautada na escuta, no que o outro necessita e não no que a rede de saúde tem para oferecer (CECÍLIO, 2001).

Quanto às ações de prevenção e promoção da saúde no município, os profissionais apontam que são desenvolvidas a partir das abordagens e discussões que, na maior parte das vezes, recuperam o saber acumulado pelo usuário e dão voz às sugestões de temas a serem debatidos, propiciando uma interlocução. As práticas de prevenção e promoção são destacadas como importantes para o controle da epidemia, sendo direcionadas à população em geral e não apenas a acometida em virtude da concepção de assistência pautada na mudança do modelo que se baseia na saúde e não na doença.

A prevenção e a promoção da saúde, aliadas à qualidade de vida, visam atender o indivíduo de forma efetiva, analisando, buscando, através de práticas educativas, atender às demandas em saúde apresentadas pela população, observando o contexto social, econômico e cultural no qual se insere o indivíduo. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a prevenção e promoção da Saúde, são aspectos trabalhados pelo setor saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos através da ação compartilhada entre os diversos sujeitos da ação cuidadora: profissionais, serviços, usuários, sociedade. A partir do ponto de vista dos profissionais, é possível perceber que o exercício do cuidado integral embutido nas práticas atuais no município se deve à necessária resposta aos desafios impostos pelo quadro epidêmico, conjugando aspectos objetivos do cuidado como consultas, exames, medicação e subjetivos como as necessidades de saúde permeadas pelos determinantes sociais que também fazem parte do processo de adoecimento.

No processo de cuidado que envolve a conjugação destes aspectos objetivos e subjetivos, a pesquisa apontou a importância que os serviços dão à questão da informação, uma vez que é através dela que desenvolvem suas ações. Entretanto, ao mesmo tempo em que consideram fundamental a disseminação de informações quando se almeja o controle de uma epidemia como a de aids, defendem que, dependendo da forma como a informação é passada, sem diálogo e entendimento de ambas as partes, não funciona muito. Segundo Gentili (1995), dar informação não é simplesmente passar dados, instruindo o outro sobre o que deve ou não fazer. A informação deve ser trabalhada a partir da interlocução entre os sujeitos, no sentido de uma problematização que propicie condições necessárias para realizar escolhas, tomando as rédeas de sua vida.

Para os profissionais, a informação ocupa lugar central no cuidado se aliada à cidadania, direitos dos portadores e da população em geral, levando-se em consideração aspectos políticos, culturais, econômicos e relacionais para a promoção à saúde, o que

coaduna com o pensamento de Figueiredo e Gegori (1998), ao salientarem que a reflexão-ação liga-se não ao repasse de informações, mas à qualidade de sua vinculação e sua capacidade de promover o diálogo.

O que se nota pela pesquisa é que o enfrentamento do(a) HIV/AIDS hoje no município não sofre de carência de informação. A base de sustentação de todas as práticas implementadas nos serviços é a informação. A grande questão seria até que ponto toda informação dialogada com o usuário gera conhecimento e, portanto, reflexão conjunta sobre o cuidado e até que ponto é só repasse para adoção de uma conduta. Os profissionais salientam a preocupação com o bem-informar através do diálogo, mas admitem a difícil tarefa em razão da diversidade cultural dos usuários. Na prática que visa a promoção da saúde, o diálogo se faz fundamental na medida em que aproxima os atores da ação – profissionais e usuários – para o exercício cotidiano do cuidar. Na concepção Freiriana, a prática pautada no diálogo constitui-se no embrião de uma prática educativa (FREIRE, 1994).

Neste estudo, defendem-se as práticas de saúde atreladas aos aspectos de cultura e determinantes sociais da epidemia – com vistas ao resguardo dos direitos da população – como práticas educativas. Pertinente a esta questão, os serviços consideram que as práticas desenvolvidas para enfrentamento do(a) HIV/AIDS no município possuem cunho educativo ao se proporem a dialogar sobre a situação-problema, apresentando alternativas de cuidado como exames de testagem periódicos, acompanhamento especializado, medicação e atividade em grupo, propondo a resolução conjunta dos problemas.

No processo educativo, a linguagem mostrou-se um dos elementos importantes do processo de trabalho dos profissionais, sendo possível, através dela, se aproximar do usuário, implementando o diálogo para que se materializem soluções conjuntas para a maior parte das situações vivenciadas, postura que corrobora com o pensamento de Vasconcelos (*apud* STOTZ, 2004), ao destacar que o fundamental nas práticas que se propõem educativas é o seu desenvolvimento a partir da necessidade apresentada por quem demanda o serviço, dando espaço privilegiado à escuta qualificada.

De acordo com a concepção mais ampla do processo de adoecimento e saúde, os profissionais apontam as práticas educativas voltadas ao combate ao(à) HIV/AIDS em Juiz de Fora como aquelas que procuram conjugar os múltiplos saberes da população e do profissional, com a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos, privados e filantrópicos, para enfrentamento, resolução das questões e repúdio às posturas que

culpabilizam o usuário por sua situação de saúde. Stotz (2004) aponta que, na prática educativa, o diálogo é necessário para o traçado das ações e alternativas de cuidado. Este diálogo prescinde da problematização que facilitará o encontro de ideias que levará à solução do problema. Neste aspecto, buscar soluções conjuntas para as situações que surgem significa o envolvimento de mais de um ator no processo cuidador.

Perlman (1976) salienta que este tipo de parceria é construída na mediação entre profissional, usuário e serviço, o que deixa clara uma relação de horizontalidade que permite ao indivíduo não estar sozinho diante de situações que lhe escapam à faculdade de respostas às questões que extrapolam o âmbito individual. De acordo com Silva (2004), a perspectiva individualista constituiu-se em aspecto negativo, na medida em que responsabiliza o indivíduo pelo cuidado em HIV/AIDS quando se sabe que para mudar perspectivas de vida/cultura, faz-se preciso levar em consideração os demais fatores como a própria cultura, o aspecto sociopolítico e econômico.

Essa percepção do educar preconiza os preceitos da Educação Popular, trazendo para as práticas educativas em saúde uma nova pedagogia, não adaptativa/discriminatória, mas educativa e integral incentivadora de processos de mudança através da relação problematizadora/dialógica como a preconizada por Paulo Freire.

A pesquisa aponta o esforço do serviço de saúde em se aproximar do usuário e apreender sua demanda e ir mais a fundo nas necessidades deste. Logo, defende-se que a troca permitida pela prática do diálogo requer o exercício da fala e da escuta, na perspectiva de abrir caminho para a percepção das subjetividades trazidas pelo outro, traduzindo uma conduta dos serviços que ganha dimensão de cuidado ao valorizar a participação do sujeito nas escolhas dos procedimentos que poderão promover sua saúde.

Na prática educativa em saúde, a dimensão da participação dos indivíduos no processo de cuidado é fundamental. Uma participação que deve ser ativa, exercitada por todos os sujeitos do processo – usuários, profissionais e serviços. O espaço para a participação abre caminho para fortalecimento da consciência crítica, publicização do conhecimento que empodera e, como sinaliza Bordenave (1992), constitui-se numa estratégia na luta pela satisfação de necessidades, na medida em que quem participa expressa, através do diálogo, aquilo que lhe é importante e não apenas reproduz o que lhe é colocado como alternativa.

A prática educativa pautada no diálogo e na participação traz um elemento que é fundamental ao enfrentamento do(a) HIV/AIDS: a concepção de produção do cuidado que

tem no usuário sua centralidade (FRANCO, et al, 1999). Logo, este tipo de produção do cuidado deve ser estruturado a partir da concepção de acesso facilitado aos serviços, contribuindo para a resolutividade da assistência prestada.

Pertinente à questão do acesso, os profissionais demonstraram certa preocupação com o mesmo no que diz respeito a alguns níveis de complexidade. A pesquisa chamou a atenção para dois níveis de atenção: o básico e a alta complexidade. Na atenção básica, ficou latente a necessidade de investimento em práticas em saúde, uma vez que revelaram-se muito tímidas em face do enfrentamento do(a) HIV/AIDS ao realizar ações – ainda que consideradas educativas – pontuais, sem continuidade, com interlocução precária com os demais níveis ou mesmo rede filantrópica. Este dado mostra-se preocupante, pois, como apontam Franco e Junior (2004), a atenção básica possui papel fundamental na rede de cuidado, por estar mais próxima dos usuários e poder fornecer os primeiros cuidados e orientações, incrementando uma responsabilização por um projeto terapêutico baseado no conhecimento técnico-profissional, aliado ao acolhimento em saúde.

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da UBS ou a ESF, que têm responsabilidades sobre o cuidado, é quem deve ser gestor do projeto terapêutico e, portanto, deverá acompanhá-lo, garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como a “contratransferência” para que o vínculo continue com a equipe básica, que tem a missão de dar continuidade aos cuidados ao usuário (FRANCO; JÚNIOR, 2004, p. 07).

Como apontado neste estudo, o acesso resolutivo à saúde tem início na atenção básica, que tem potencial para resolver a maior parte das demandas apresentadas. Ainda que os usuários em busca de cuidado em relação ao HIV tenham como referência o Centro de Testagem e Aconselhamento/CTA, que funciona como a porta de entrada no Programa Municipal de DST/AIDS, para operacionalização do cuidado integral, não se pode abrir mão do papel da atenção básica neste processo, uma vez que a mesma, ao se mostrar resolutiva, contribui para o desafogamento de outros níveis de atenção, como a alta complexidade, em que procedimentos complexos são demandados, em muitos casos, em decorrência de um deficitário cuidado em outros níveis.

Voltando o olhar para a alta complexidade, percebe-se que, pela perspectiva dos profissionais, ocorre o oposto: as práticas são consolidadas, mas falta uma integração entre os

profissionais de forma que as práticas voltadas ao(a) HIV/AIDS sejam de responsabilidade de todos e não apenas de uma única profissão como ocorre, por exemplo, no desenvolvimento do projeto educativo da enfermagem. A falta de um trabalho multiprofissional e em equipe consolidado, segundo os profissionais, se dá em virtude da natureza da vinculação profissional ao hospital que, por ser de ensino, agrega muitos residentes, o que gera o constante rodízio.

No cuidado em HIV/AIDS, o trabalho em equipe ancorado na perspectiva interdisciplinar seria o almejado, uma vez que implicaria a inter-relação do campo do saber, trazendo rebatimentos no campo do fazer através de uma prática reflexiva, pautada nos múltiplos saberes. Entretanto, como nos adverte Vilela e Mendes (2003:04) “a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto (...)”, contudo não se configura como única possibilidade conformação de equipe, prevalecendo, em muitos dos casos, a formação multidisciplinar, com pouca ou nenhuma interação entre as disciplinas, com um nível de cooperação muito pequeno, podendo ser mais aparente em situações específicas (AYRES, 2004).

No cuidado em HIV/AIDS, o trabalho em equipe se faz fundamental na medida em que nenhum profissional, por mais imbuído que esteja de seu processo de trabalho, será capaz, sozinho, de dar respostas à realidade multifacetada do(a) HIV/AIDS. A percepção dos profissionais sobre a dificuldade de se trabalhar em equipe se faz pertinente, na medida em que um processo de trabalho frágil em um nível traz rebatimentos para todos os outros, na medida em que a integralidade necessária ao processo de cuidado depende das medidas de acolhimento, responsabilização, vínculo, entre outras questões, prescinde do trabalho de uma equipe afinada com os objetivos da promoção da saúde e qualidade de vida (AYRES, 2004; ROLLO, 1997).

No que concerne ao terceiro eixo “*acolhimento, responsabilização e vínculo*”, a pesquisa apontou que o papel do profissional é o daquele que cuida, pensando em um cuidado integral. É o educador que se dispõe a escutar, acolher e aproveitar a experiência do outro no processo de cuidado, utilizando-se daquilo que Merhy (1998) chamou de tecnologias que podem ser leves, leve-duras e duras para alcançar a promoção da saúde. Para os sujeitos da pesquisa, a representação que têm de seu papel, perpassa o de ator que trabalha os processos de saúde e compartilha a responsabilidade pelo cuidado, não sendo prerrogativa apenas de um

ator ou serviço. Esse papel profissional apontado pela pesquisa nos remete ao pensamento de Rollo (1997), ao evidenciar que esta postura demarca a responsabilização e vínculo para com o processo de cuidado, revelando uma preocupação com a não fragmentação e verticalidade das práticas, optando por um processo de horizontalização das relações o que remete, novamente, à questão do exercício da escuta.

A escuta qualificada, segundo a pesquisa, é aquela aberta aos anseios do outro, implementando um diálogo em que se discutam questões de saúde pertinentes e próximas à realidade vivenciada pelo usuário. Ao se aproximar da realidade do outro, é possível não apenas apreender as demandas, mas as necessidades. Como apontado pelo estudo, o cuidado em HIV/AIDS envolve aspectos que vão além do aparente, que pode ser a consulta ou a medicação, evoluindo para o não aparente, como os conflitos, os receios, os rebatimentos no modo de ser e viver, que também merece ser observado e cuidado. A percepção de escuta que se segue ao diálogo apontada pela pesquisa coaduna com o pensamento de Freire (2005), que afirma ser a escuta a possibilidade de se abrir à fala do outro, dando subsídios para a tomada de um posicionamentos perante a situação apresentada, perante a vida, sem anular-se.

Na prática educativa em saúde, a escuta do outro abre espaço para o acolher. O acolhimento remete à condição de o serviço de saúde operar de forma usuário-centrada, atendendo a quem procura o serviço de forma a garantir o acesso, a escuta, comprometendo-se em ser resolutivo. O acolhimento reorganiza o processo de trabalho, qualificando a relação profissional-usuário a partir da humanização e do respeito às singularidades (FRANCO et al, 1999).

O ato de acolher, responsabilizar-se e estabelecer vínculo abre caminho para a detecção de necessidades, possibilidade de traçar estratégias para se chegar perto do outro e construir o processo de cuidado. Em HIV/AIDS, tal postura se faz importante dada à dificuldade de enfrentamento da epidemia e de seus principais desafios como a aderência ao tratamento.

Em relação ao quarto eixo “*diagnóstico, adesão e tratamento*”, a pesquisa apontou a disponibilidade dos serviços em atender à segunda premissa do PM-DST/AIDS no que se refere ao Diagnóstico e à Assistência, implementando práticas de saúde que vão desde os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à produção da saúde, até a escuta das necessidades de saúde dos usuários que, se não trabalhadas, podem interferir na adesão à prevenção e ao cuidado em HIV/AIDS.

Com relação ao diagnóstico, a pesquisa apontou que, seja revelado pelo médico ou pela equipe multidisciplinar, a preocupação reside em como é dado, levando-se em conta os impactos sociopsicofetivos e culturais trazidos por ele. Através do diagnóstico, positivo ou negativo, os serviços se empenham em realizar uma abordagem que procura esclarecer as implicações da aids e a importância de sua prevenção. Suas ações pautam-se na perspectiva da integralidade, como uma prática resultante da inter-relação entre atores no cotidiano do cuidado (PINHEIRO, 2002).

A relação de proximidade entre profissional e usuário – necessária à produção do cuidado – desencadeia o processo de reflexão sobre a atenção dispensada, dando a possibilidade de perceber as implicações e impactos dos quadros de saúde na vida dos indivíduos. No caso do(a) HIV/AIDS, a pesquisa apontou que, dependendo da forma como o diagnóstico é revelado e de como o usuário é acolhido nos serviços, há impactos também no que se refere à adesão, compreendida não apenas na adesão ao tratamento medicamentoso, mas também à adesão às formas de cuidado. É possível perceber esta relação, na medida em que a adesão envolve um longo processo de negociação entre os pares – profissional e usuário – tendo em vista que se queira construir um processo de cuidado responsivo, em que todos tenham papéis a desempenhar (BRASIL, 2008).

A partir da visão de prática adotada pelos serviços de referência, os profissionais deixam latente que a adesão à prevenção e ao tratamento do(a) HIV/AIDS dependem do tipo de prática em saúde dispensada ao indivíduo. Estando sob o signo da culpa e da moral, não encontrará eco no usuário que não se sentirá acolhido em suas necessidades. Entretanto, se aportada sobre uma percepção ampla de assistência à saúde, possibilitará o desenvolvimento de um processo de cuidado compartilhado, resolutivo que contribuirá para a diminuição das taxas de abandono.

Como discutido no referencial teórico deste estudo, adesão nada mais é do que a responsabilidade mútua entre serviços/profissionais/usuários, na medida em que não se restringe ao tratamento medicamentoso, mas também abarca a vivência do contínuo exercício de informação e diálogo, desencadeador do processo de prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS. Mais do que a atenção individual, a adesão em HIV/AIDS hoje, requer uma visão de totalidade, do coletivo, por se tratar de um agravo à saúde que possui implicações biológicas, sociais e afetivas. Sob este aspecto, Buss (2000) assinala que buscar o bem-estar e



a qualidade de vida é ir além do evitar doenças ou prolongar a vida; é ter a preocupação em buscar meios que assegurem o acesso e a autonomia dos sujeitos à saúde.

Partindo desse pressuposto, os profissionais de saúde salientam que as práticas são pensadas e operacionalizadas a partir do direito que o indivíduo tem de ser cuidado, ao mesmo tempo em que primam pela disseminação da importância desse cuidado. Sob esta perspectiva, os profissionais analisam a importância da busca ativa em casos de abandono do tratamento como forma de combater o rompimento da linha do cuidado, fundamental para resguardo da saúde da coletividade e dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus, pois todos têm o direito a uma assistência com qualidade, não fragmentada, que vise a sua qualidade de vida e a do seu entorno.

Entretanto, da mesma forma que entendem a busca ativa como estratégia de promoção da saúde e prevenção à propagação do vírus, os profissionais também apontam a necessidade de seu aprimoramento, uma vez que a realizada atualmente no município é deficitária, sendo necessária a contribuição de toda a rede neste aspecto, e não apenas a média complexidade.

A busca ativa configura-se como uma das estratégias para monitoramento do cuidado e responsabilização para com o usuário. Necessita ser realizada, pois, como aponta Brasil (2008), a continuidade, a adesão ao processo cuidador, situa-se como um desafio à prática em saúde na medida em que depende da aceitação do usuário em aderir e da capacidade do serviço em acolher suas demandas.

Finalmente, quanto ao último eixo analisado pelos profissionais, "*O desafio da prevenção: limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora/MG*"<sup>41</sup>, os profissionais deixam claro que a rede de referência em HIV/AIDS em Juiz de Fora possui uma resolutividade importante, o que faz dela referência também para outros municípios. Entretanto, para além dos *avanços*, a pesquisa forneceu indicadores preciosos quanto aos *limites* e carências desta rede, revelando a necessidade de fortalecer a terceira premissa do PM-DST/AIDS - Desenvolvimento Institucional e Gestão - porque ainda há muito a fazer no município para se alcançar o declínio do número de casos de infecção por HIV.

Na realidade de Juiz de Fora, avançou-se muito no aperfeiçoamento diagnóstico-assistencial, na descentralização do Programa em relação ao Programa Nacional, mas torna-se

---

<sup>41</sup> Destaca-se que, em alguns momentos, os sujeitos da pesquisa assinalam possibilidades que também se circunscrevem em limites, como é o caso d terapia antirretroviral que, apesar de um avanço no cuidado em HIV/AIDS, sua falta compromete o tratamento.

preciso, sob o ponto de vista de quem lida nas práticas do cotidiano, avançar na intersectorialidade, no monitoramento, avaliação e capacitação de recursos humanos, uma vez que, com a complexidade que envolve o enfrentamento da epidemia, fazem-se necessárias e urgentes ações conjuntas que não teriam eco apenas em uma única instância – o setor saúde –, mas seriam responsabilidade de outras políticas públicas como a de Educação.

No que se refere aos avanços do enfrentamento da epidemia no município, a pesquisa destacou o fortalecimento da atenção intermediária (CTA) e média complexidade (SAE) devido à sua dinâmica de conjugar prevenção com promoção da saúde, oferecendo excelência no que diz respeito aos exames diagnósticos, a discussão dos resultados em conjunto com o usuário a partir da estratégia do aconselhamento, bem como a referência direta à média complexidade para início do tratamento que envolve o monitoramento contínuo do desenvolvimento do vírus e a condição de saúde da pessoa e a adequação para o início da terapia antirretroviral.

As práticas desenvolvidas por estes serviços e destacadas pelos profissionais demonstram seu caminhar para o atendimento de alguns princípios observados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), como o de todas as práticas preconizarem a promoção, a proteção e o respeito; de o cuidado ser pensado cotidianamente uma vez que a prevenção ao HIV é para toda a vida; além do incentivo da participação dos indivíduos e comunidade no processo cuidador.

Outro avanço no município evidenciado pela pesquisa foi a distribuição gratuita da medicação que é de alto custo. Através do coquetel, os indivíduos ganharam qualidade de vida e a possibilidade de viver mais e melhor através de uma terapia antirretroviral.

A assistência pautada não na cura, mas na saúde, foi outro elemento destacado na pesquisa. Para os profissionais, o cuidado em HIV/AIDS não comporta visões reducionistas, mas o enfrentamento da epidemia utilizando-se de práticas integrais de cuidado, dando ao indivíduo status de sujeito do processo. Em HIV/AIDS, a mudança do foco das práticas – de biologicista/estigmatizante – para a visão abrangente de prática pautada nos determinantes sociais propicia uma leitura da realidade em saúde e o planejamento de ações educativas que trabalhem não para ensinar o indivíduo a ser saudável, mas para suscitar a reflexão coletiva sobre as circunstâncias que podem levar indivíduos e grupos às situações que facilitam a exposição ao HIV, às situações de vulnerabilidade (AYRES, 2004).

No enfrentamento do(a) HIV/AIDS, constitui-se tarefa dos serviços de referência, bem como dos serviços de apoio, a observância dos condicionantes que levam a esta vulnerabilidade, ao adoecimento. Para os profissionais abordados, a prática comprometida com a produção da saúde requer a instrumentalização dos indivíduos para enfrentamento das situações-problema e, no caso do cuidado em HIV/AIDS, esta instrumentalização remete às estratégias e técnicas utilizadas para conter o avanço da epidemia, personificadas, entre outras, nos atendimentos médicos e não médicos, oferta de exames, aconselhamento quanto à medicação e distribuição de preservativos, inclusive esta última estratégia foi destacada pelos profissionais como um grande avanço no que se refere à negociação para uma relação íntima segura.

O avanço apontado pelos profissionais em relação ao preservativo reside no fato da existência e distribuição contínua de sua versão feminina, investimento que não era operacionalizado há alguns anos atrás no município. Em tempos de juvenização da epidemia, poder contar com mais uma forma de proteção instrumentaliza a mulher para lidar com sua sexualidade, bem como com sua condição de cidadã que tem o direito de fazer escolhas, não somente em relação à maternidade – pois, culturalmente, o preservativo é percebido apenas como contraceptivo –, mas, sobretudo, as que dizem respeito à prevenção de doenças e promoção da saúde através de relacionamentos seguros.

Outra estratégia desenvolvida para cuidado em HIV/AIDS e destacada pelos profissionais refere-se à promoção de ambiente de acolhimento e tentativa de eliminação de situações constrangedoras, através da descentralização da farmácia. De acordo com os profissionais, a dispensação de medicamentos antirretrovirais no município já foi realizada juntamente com a farmácia do SUS, não havendo um ambiente em separado, sendo factíveis situações desconcertantes que contribuíam para o abandono do tratamento medicamentoso pela recusa em acessar o medicamento em meio a outros usuários não portadores. Pensando no bem-estar, comodidade e sigilo, a terapia antirretroviral começou a ser distribuída no interior do SAE, ambiente conhecido reservado que propiciou o retorno de muitos ao tratamento.

Da mesma forma que os profissionais identificaram avanços nas práticas educativas em saúde voltadas ao(à) HIV/AIDS, apontaram, também, diversos limites a que atribuem serem responsáveis pela disseminação da aids no município. No que concerne aos limites, eles

se agrupam em aspectos internos e aspectos externos ao Programa Municipal de DST/AIDS. O *aspecto interno*, que compreende estrutura, recursos humanos, diz respeito à:

- Falta de ampliação da equipe profissional o que reflete na impossibilidade de expansão das práticas e do acolhimento;
- Falta de capacitação continuada da equipe;
- Resistência do trabalho em equipe;
- Falta de mecanismo de avaliação das práticas;
- Falta de informatização para computar dados de atendimento, busca ativa e cuidado no município;
- Falta de estrutura física que compromete as atividades grupais e a oferta de ambiente distinto dos adultos para atendimento de crianças e adolescentes;
- Falta esporádica do próprio coquetel e de medicação de suporte.

Os problemas identificados na equipe (poucos profissionais, falta de capacitação e resistência ao trabalho conjunto) proporcionam uma fragilidade nas práticas implementadas, uma vez que o êxito das ações de promoção depende muito do usuário, mas também dos profissionais que, se não estiverem em número suficiente para dar conta da demanda, não tiverem capacitação, não se dispuserem a dividir espaço e, conseqüentemente, poder com outras categorias profissionais, poderão transformar uma prática ampla em rotineira, ausente de reflexão, permeada por juízos de valor.

Da mesma forma que a prática educativa em saúde necessita da participação por inteiro de profissionais capacitados e usuários, ela também necessita ser avaliada, monitorada, do contrário, se transformará em praticalismo, um fazer imediato, um fazer por fazer, que não condiz com os preceitos de educação em saúde e educação popular trabalhados neste estudo.

No que tange à operacionalização das práticas educativas de enfrentamento do(a) HIV/AIDS, a qualidade da informação epidemiológica em saúde é fundamental para o planejamento. Pelas proporções que a epidemia tomou em Juiz de Fora, não se pode admitir um deficitário sistema de informação, necessário para monitoramento dos casos e fidedignidade do cadastro para busca ativa. O uso da epidemiologia é uma prerrogativa do PM-DST/AIDS e sua fragilidade rebate diretamente na orientação das práticas instituídas.

Além dos limites operacionais, a pesquisa revelou limites de ordem física e estratégica, como a ausência de espaço físico para práticas educativas em grupo, ambiente acolhedor para os diferentes públicos de faixas etárias distintas. A prática educativa em saúde pode e deve ser realizada em todos os níveis de atenção, podendo ser operacionalizada individual ou grupalmente (ASSIS, 1998). Contar com uma estrutura que acolha as diversas formas de operacionalizar as práticas educativas em HIV/AIDS se faz importante, na medida em que a diversidade que envolve a epidemia requer instrumentos e técnicas diferenciados que possam aproximar-se do outro para obter os objetivos de prevenção e promoção da saúde (OLIVEIRA, 2007).

Um dado que chamou a atenção na pesquisa quanto aos insumos disponíveis para o cuidado em HIV/AIDS foi novamente a terapia antirretroviral. Ao mesmo tempo em que os profissionais apontaram como grande avanço a ampliação da distribuição do coquetel de forma gratuita, apontam-no também como limite, na medida em que ainda que não seja tão escasso quanto muitas medicações disponibilizadas nas farmácias básicas do SUS em Juiz de Fora, acontece de os antirretrovirais estarem em falta no SAE, necessitando de pedidos de doações de sobras, bem como a frequente falta de medicamentos considerados de guarnição, para efeitos colaterais. Esta deficiência no acesso desencadeia processos de não cuidado, deixando grande parte da população demandante descoberta, não condizendo com os preceitos do PM-DST/AIDS, que apregoa a eficácia e a eficiência do serviço de referência em HIV/AIDS, contando com investimentos em todas as áreas, inclusive a de apoio medicamentoso.

No *aspecto externo*, que depende da mudança de percepção dos indivíduos como um todo e da intersectorialidade, sobressaem como limites do ponto de vista dos profissionais:

- O preconceito, a resistência da população em aceitar que o vírus existe e que o cuidado deve ser constante, cotidiano e não apenas quando se descobre a soropositividade;
- A responsabilidade de coibir o avanço da aids apenas por parte da área da Saúde, não estabelecendo comunicação e frentes de trabalho com outras áreas, como a Educação;
- A tímida atuação da atenção básica no enfrentamento;
- A necessidade de aperfeiçoamento da informação prestada;

- O acesso a outras especialidades dentro do setor saúde que também são importantes para o PM-DST/AIDS como a psiquiatria e clínicas de reabilitação de dependentes químicos;
- A necessidade de estabelecer estratégias para enfrentamento do uso de entorpecentes, com destaque para o crack, uma vez que pode acentuar a vulnerabilidade ao vírus;
- E, por último, mas não menos importante, a questão política, que no município se revelou entrave nas negociações e ampliação das práticas.

Os limites apontados pelos profissionais revelam que, entre os objetivos do PM-DST/AIDS – que também são preconizados pelo PN-DST/AIDS –, Juiz de Fora, nos últimos anos, conseguiu avançar na melhoria do acesso e qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência em HIV/AIDS, a partir de práticas que preconizam a participação de profissionais, usuários e familiares no processo de cuidado, a confiabilidade e qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DSTs/AIDS; bem como na relação com instituições filantrópicas, percebendo-as como apoio na assistência aos usuários e familiares. Entretanto, ainda não conseguiu aperfeiçoar aspectos que, se não trabalhados corretamente e cotidianamente, fragilizam a prevenção e também a promoção da saúde em HIV/AIDS, contribuindo para os índices alarmantes de notificação no município.

Ainda que se reconheçam os avanços do cuidado nos últimos anos, muito ainda há por se fazer para aperfeiçoar o PM-DST/AIDS, como a intensificação das práticas educativas de prevenção ao HIV, uma vez que a postura não preventiva contribui para o crescimento exponencial da epidemia, atingindo todos os segmentos populacionais (BRASIL, 2005). Identificar os limites percebidos na assistência em HIV/AIDS no município torna-se importante ferramenta para a determinação de estratégias de enfrentamento e planejamento de práticas mais próximas da realidade. Diante dos limites, a própria pesquisa apontou algumas alternativas para aperfeiçoamento do PM-DST/AIDS e, conseqüentemente, para diminuição do número de casos no município:

- Orientação afetivo-sexual nas escolas, constando em currículo para uma prevenção precoce.

- Discussão acerca da saúde da mulher e também da saúde do homem, tendo em vista a existência das duas políticas nacionais;
- Fortalecimento do cuidado em HIV/AIDS pelo prisma da vulnerabilidade e não do comportamento de risco.
- Disponibilização da testagem sorológica a todos, abarcando a meta do MS de 100% da população testada.
- Incremento do cuidado em dependência química, especialmente em crack;
- Criação de um serviço de atendimento em DST/AIDS
- Mudança do foco massivo das campanhas e sua periodicidade
- Estabelecimento de plano de metas para a atenção básica;
- Incentivo ao trabalho em equipe e capacitação profissional

As alternativas para fomento às práticas e contribuição para a diminuição do avanço da epidemia no município, apontadas pelos profissionais, revelam o posicionamento que os mesmos possuem sobre o que seria uma prática educativa: aquela que se ocupa em ser resolutiva no presente e se preocupa com a evolução do quadro epidemiológico no futuro, defendendo práticas integrais que sejam desenvolvidas conjuntamente com outras políticas públicas e serviços, implementando a necessária intersetorialidade (AYRES, 2004).

Esse conjunto de alternativas fomenta o sentido educativo e cuidador das práticas: um sentido libertador, amplo, elegendo o *sujeito da ação educativa* como o coletivo e não o individual; o *para quê educar*, perseguindo os objetivos de prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida; o *como educar*, referindo-se aos meios, estratégias e técnicas para alcance dos objetivos; e, *em torno de que educar*, preocupando-se com a disseminação do conhecimento sobre a epidemia, fomentando um saber para a vida, para o cuidado contínuo, para a autonomia (FLEURI, 1986).

A representação social dos profissionais sobre as práticas instituídas em HIV/AIDS e as que poderiam ser implementadas revela uma aproximação com dois enfoques do cuidar em saúde discutidos por Tones e Stotz, bem diferente dos apregoados décadas antes: o *enfoque de Educação em Saúde Radical* e a *Educação Popular*.

No primeiro tipo de enfoque, Tones (*apud* STOTZ, 1993) assinala que o ato de educar implica instrumentalizar os indivíduos para sua percepção como sujeitos do processo saúde-doença e seu potencial de luta por ampliação de direitos e fortalecimento das políticas públicas através do controle social, evidenciando que a responsabilidade pelo cuidado é de todos os atores envolvidos – Estado, serviços, profissionais, usuário, família, comunidade.

Nas práticas implementadas no município, os profissionais deixam claro que o Estado tem a obrigação de formular suas políticas de forma que trabalhem em conjunto e não segmentadas como ocorre hoje. Políticas como as de Educação, Mulher e Homem devem participar ativamente do processo de cuidado em saúde, desenvolvendo um trabalho não higienista como se tinha no passado, mas um educar que leve à reflexão das causas objetivas e subjetivas do processo de saúde-adoecimento – como as implicações da vulnerabilidade social – dando base para que o indivíduo desmitifique ideias preconcebidas e seja mais seguro na tomada de decisão sobre o que é melhor para si.

Do mesmo modo, a própria Política de Saúde em HIV/AIDS, desenvolvida através dos Programas Nacional e Municipal de DST/AIDS, necessita aprimorar suas estratégias de detecção precoce do vírus através da testagem; dispensar atenção especial à dependência química e às DSTs devido ao risco que elas acarretam ao propiciar situações de vulnerabilidade ao contágio. Em Juiz de Fora, a disseminação se acentua pela ausência de um trabalho voltado à questão do uso do crack, bem como de um trabalho diferenciado de prevenção e promoção da saúde em DSTs, uma vez que o PM-DST/AIDS, como os próprios profissionais assinalam, dedica-se mais ao HIV.

Necessita-se aprimorar a comunicação de massa pretendida pelas campanhas que, segundo os profissionais, não surtem o efeito esperado por serem muito generalistas e sazonais; estabelecer em diretriz o papel da atenção básica na linha do cuidado, atualmente fragilizado e com pouca expressão, se comparado com a capacidade resolutiva dos níveis intermediário (CTA) e média complexidade (SAE). Entretanto, ainda que os serviços funcionassem plenamente através das especificações acima, o cuidado não seria considerado integral sem uma política de recursos humanos satisfatória.

O enfoque Educação Popular, segundo Stotz (1993), pode ser considerado conteúdo formador de uma prática educativa diferenciada, na medida em que coloca o outro na qualidade de sujeito, abarcando suas experiências, trocando saberes vividos e apreendidos no cotidiano. No enfrentamento do(a) HIV/AIDS em Juiz de Fora, os profissionais



demonstraram a preocupação com uma prática menos reducionista, técnica, para exercitar a aproximação com a realidade do indivíduo, percebendo este não como o responsável pela disseminação do vírus, mas como sujeito em situação de vulnerabilidade. Situando o indivíduo como vulnerável, resta às práticas exercer a faculdade da escuta das necessidades, as quais, segundo os profissionais de saúde, em Juiz de Fora, há o esforço em trabalhá-las nos quatro conjuntos de necessidades discutidos por Cecílio (2001) e que são retomados neste momento.

Para Cecílio (2001), o primeiro conjunto de necessidades envolve a dimensão das “*Boas Condições de Vida*”, em que o modo como se vive e o grau de acesso a bens e serviços, ou seja, a vivência da vulnerabilidade, implicam necessidades de saúde distintas, não podendo ser padronizadas e atribuídas a tudo e a todos. Para os profissionais, a escuta qualificada das demandas dos usuários revela as necessidades para as quais se direciona o desenvolvimento das práticas voltadas ao(à) HIV/AIDS no município.

O segundo conjunto de necessidades diz respeito ao “*Acesso*”, assinalando que os usuários têm necessidade de buscar os serviços e ter à sua disposição as estratégias e técnicas de saúde capazes de atender ao anseio dos mesmos e proporcionar qualidade de vida. Os profissionais analisam que procuram propiciar este acesso, buscando ser resolutivos e, para isso, utilizam-se daquilo que Merhy (1997) chamou de tecnologias, especialmente as leve e leve-duras, como o aconselhamento, a consulta, o grupo, os exames, a medicação.

O terceiro conjunto de necessidades explicita a importância de se estabelecer “*Vínculos*” entre os pares – profissionais e usuários –, em virtude da necessária relação de confiança entre aqueles que implementam o cuidado. Para os profissionais, os serviços em Juiz de Fora fazem sua parte ao buscarem uma aproximação com o público (apesar de admitirem ser uma tarefa difícil devido às singularidades de cada um) para a construção de um processo de cuidado pautado na horizontalização das relações, sem perder de vista os papéis de cada um em determinados momentos da prática cuidadora, dando sua contribuição à conquista da autonomia dos sujeitos.

Finalmente, o quarto conjunto de necessidades apontado por Cecílio (2001) – a “*Autonomia*” – envolve a construção e reconstrução pelos sujeitos das visões de mundo, das concepções enraizadas, experimentando um processo de reflexão que os faz entender o que acontece ao seu entorno e que atitude podem tomar sem necessariamente depender do outro.

Para os profissionais, os serviços buscam construir conjuntamente esta autonomia para que os usuários sejam partícipes de seu processo saúde-doença e compreendam o que seja prevenção e promoção da saúde em HIV/AIDS para que possam tomar suas próprias decisões e se desvencilhar da cultura arraigada de que o serviço tem que ter e dar todas as respostas, todas as soluções.

Entretanto, autonomia não é algo que se dê, que se ensine ou se obrigue. É um processo que envolve acesso ao conhecimento, exercício de reflexão e mudança cultural, tarefa difícil e árdua ao PM-DST/AIDS e que não será alcançada em curto prazo e, muito menos, apenas pelo setor saúde.

A pesquisa apontou que as práticas de saúde, visando acolher, responsabilizar-se e estabelecer vínculo, apontam para o desenvolvimento de um cuidado em saúde que busca a construção coletiva desse cuidar a partir dos inúmeros campos de saberes e práticas, voltados à promoção do indivíduo, que passa a ser o elemento estruturante do processo de produção e promoção da saúde, ultrapassando o cuidar de forma segmentada.

A formação profissional para fomentar a adesão à prática educativa torna-se essencial, ao resgatar os elementos fundadores das tecnologias relacionais – *cuidado* como prática dialógica entre profissional e usuário para uma prática mútua em saúde (AYRES, 2004); *comunicação* como princípio que rege o processo educativo (ALVES & ALMEIDA, 2008); *informação* como interlocução que proporcione ao outro arcabouço para lutar por seus direitos (MANSINI-COVRE, 1998); *educação em saúde* como estratégias de fortalecimento dos grupos populacionais através da pedagogia da problematização (STOTZ, DAVID e BORNSTEIN, 2007) – fundamentadas no conhecimento e nas práticas voltadas para acompanhar as singularidades do desenvolvimento deste tipo especial de trabalho em saúde (ROLLO, 1997).

## TECENDO ALGUMAS CONCLUSÕES

Em se tratando de práticas educativas em saúde voltadas ao cuidado em HIV/AIDS, pôde-se perceber por este estudo que, ao longo do tempo, estas práticas permearam tanto o perfil pedagógico restrito quanto o mais amplo. Sob o ponto de vista restrito, o perfil pedagógico tradicional dessas práticas reforçou a despolitização dos determinantes sociais desencadeadores da epidemia, fomentando tendências de individualização e responsabilização do indivíduo quanto à busca de respostas às suas necessidades de saúde, dificultando o avanço do processo educativo que desencadeasse a formação de uma consciência sanitária que afirmasse a epidemia de HIV/AIDS como problema de saúde pública e não indivíduo-comportamental e, portanto, construção social e coletiva, devendo, assim, ser enfrentada.

O que se viu nos primórdios das práticas educativas era uma dicotomia entre as necessidades dos órgãos de saúde – que eram a de segregar e estigmatizar os indivíduos, fornecendo uma atenção baseada na cultura do medo em que se via a aids como sinônimo de morte – e as necessidades dos indivíduos, que versavam por saber mais sobre a nova doença, que alternativas tinham a seu dispor e como poderiam cuidar melhor de si.

Numa visão conservadora das práticas educativas, ficavam latentes as modalidades pedagógicas voltadas para a culpabilização do indivíduo, estereotipado em “grupo” e, mais tarde, responsável por um “comportamento de risco”, como se a disseminação da doença não estivesse ligada também aos modos de viver, às condições concretas de vida, saúde, trabalho e acesso a bens, serviços e cultura.

No que se refere à prestação direta dos serviços de saúde, as práticas educativas eram voltadas apenas para os segmentos considerados de risco, alimentando a falsa ideia de que, não pertencendo àquele grupo, o restante da população estaria a salvo do contágio. A intervenção profissional redimensiona-se, tendendo a uma prática coercitiva, admoestativa, não respeitando as singularidades nem a condição de sujeito dos indivíduos considerados, além de responsáveis por sua condição de saúde, objeto da ação do profissional. Tratava-se da responsabilização do indivíduo com sua saúde que estaria abalada por descuido, promiscuidade, falta de consciência sanitária.

Nas primeiras décadas de seu surgimento, a aids era considerada um mal desconhecido, vindo de fora, causada por outro. O receio sobre o que não se conhecia deu margem a formulações de teorias equivocadas que não contribuíram muito para a tomada de decisão quanto às formas mais eficazes de enfrentamento. A ausência de mais referências sobre sua origem, disseminação e, especialmente, controle e cura, favoreceram as ideias preconcebidas que foram fortemente disseminadas pelas pessoas e pela mídia, redundando na necessidade de se formular explicações para a epidemia que se alastrava, justificando-a pelo comportamento e vida – considerados pelos padrões de civilidade – desregrados de usuários de drogas, gays, transfundidos, hemofílicos, entre outros; além das formas de exposição se circunscreverem ao contato com sangue, esperma, leite materno.

Nas práticas educativas moralizantes, a representação social que se tem da aids é a de uma doença punitiva da liberdade sexual, do comportamento desregrado, produto de uma sociedade que tudo permite, abrangendo os sujeitos tidos como desviantes, estando a salvo do perigo aqueles com conduta ilibada. Na visão moralizante da epidemia, a doença para ser um

estigma social que pode provocar ostracismo e rejeição e, da parte daqueles que são assim estigmatizados ou excluídos, submissão ou revolta. Submissão (...) já que é uma doença moral para punir o pecado. (...). Revolta diante do uso social da doença (...) como pretexto para condenar [por exemplo,] a homossexualidade (...). (JODELET, 2001, p. 19).

O aspecto biológico incutido nas práticas educativas iniciais – disseminado basicamente pela visão médica –, especialmente as voltadas para evitar as formas de contágio (principalmente sangue e esperma), fomentou uma cultura de que era preciso se afastar da pessoa portadora do vírus, separando inclusive seus pertences, um medo infundado, mas despertado pelo pensamento de que, assim como o contágio poderia se dar através de líquidos como sangue e esperma, também outros líquidos como suor, saliva e lágrima poderiam ser veículos de disseminação, portanto devendo ser evitados a todo custo, inibindo demonstrações simples de afeto como um beijo, aperto de mão ou abraço.

O que se percebe, estudando as práticas de saúde utilizadas para educar o indivíduo em HIV/AIDS naquele momento, é a ausência ou fragilidade de uma clara e precisa definição sobre o que seria a aids e como efetuar o cuidado efetivo, servindo de forte seletivo para se

cultivarem representações sociais da doença sobre o prisma preconceituoso e alarmista, justificando práticas discriminatórias e de não cuidado.

O salto rumo a uma prática educativa, visando a um cuidado integral, começou a despontar apenas com a mudança do perfil da epidemia. Com o passar do tempo, começou-se a perceber que atribuir a grupo ou comportamento de risco toda disseminação da aids seria incoerente, já que os números apontavam para seu avanço fora desse segmento, abrangendo todos, especialmente os jovens, as mulheres, a classe menos favorecida e o interior, totalmente diferente do que se pensava e defendia até então.

Com a nova realidade, as representações sociais que se tinha da aids sofreram algumas transformações, impulsionadas pela nova classificação que deixa o foco de grupo e comportamento e evolui para o conceito de vulnerabilidade social, que, por sua vez, liga-se aos fatores socioambientais, abrangendo as condições de vida, saúde, trabalho e acesso; deixando claro que todos, e não apenas dado segmento, estão suscetíveis à contaminação.

Na atualidade, com as inúmeras modificações por que passou a política de prevenção e cuidado em HIV/AIDS, fortalecida pelos Programas Nacional e Municipal de DST/AIDS, sem contar a luta por direitos à saúde e inclusão dos portadores ao convívio em sociedade por meio da mobilização de setores da sociedade civil, não se comporta mais o desenvolvimento de práticas educativas tão restritivas. Hoje, a qualidade das informações veiculadas pelas campanhas educativas promovidas pelos órgãos oficiais na mídia é superior a dos primeiros anos de enfrentamento.

As atuais exigências colocadas aos profissionais e serviços requisitam novas competências, novas abordagens, rumo à ampliação e redimensionamento das práticas educativas em práticas que privilegiem também o aspecto social que envolve o adoecer em HIV/AIDS, postura diferenciada da anterior que privilegiava o aspecto biológico.

O estudo apontou que há um esforço no sentido de se trabalhar o(a) HIV/AIDS sobre outras bases, como a educativa, fomentando a saúde, o respeito à diversidade, o compromisso com as necessidades dos indivíduos. Recuperando a questão norteadora do objeto: *“Com o aumento dos casos de aids no Brasil e em Juiz de Fora, que práticas são desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento?”*, o estudo trouxe uma contribuição ao desenvolvimento das práticas, ao evidenciar a preocupação daquele que cuida em ofertar um cuidado integral, destituído de juízo de valor e mais próximo da realidade do indivíduo, procurando uma aproximação com o

outro através do diálogo, da reflexão conjunta sobre a situação-problema, compartilhando com o usuário a responsabilidade da busca pelas soluções dos problemas em saúde, preservando a autonomia dos sujeitos. Esta forma de trabalho evidenciada nas falas dos profissionais aponta, se não na sua totalidade em virtude de correlação de forças e as desigualdades que permeiam a sociedade brasileira, pelo menos o esforço de empreender uma prática educativa de cunho libertário, cujo usuário é o centro da atenção.

A pesquisa aponta que, na especificidade local, o próprio Programa Municipal de DST/AIDS aprimorou sua atuação, ampliando sua rede através de serviços de referência como SAE e CTA, além da rede conveniada como HU/CAS. Nesta rede de referência, o usuário tem à sua disposição a testagem sorológica e o aconselhamento, além de consultas com as mais diversas especialidades médicas e não médicas, bem como o coquetel. Participa de palestras e recebe material educativo e preservativos.

Entretanto, no redimensionamento das práticas educativas, o desafio colocado ao profissional, para avançar na perspectiva emancipatória da prática, diz respeito a fornecer com qualidade este leque de ações supracitado, mas, sobretudo, contribuir para o fortalecimento e avanço de processos de luta pelo acesso com agilidade e qualidade nos serviços de saúde, demais políticas públicas, através da publicização das informações para que o usuário seja munido de todo conhecimento necessário para auxiliá-lo na tomada de decisão sobre sua vida e saúde.

Como apontado neste estudo, esta publicização só será concretizada se for verificada a inscrição dos interesses e necessidades dos indivíduos nas decisões sobre o cuidado, nas decisões políticas e encaminhamentos práticos frente à própria política de prevenção em HIV/AIDS. A atuação do profissional requer um avanço teórico-político em relação ao processo de participação como elemento estratégico na politização dos sujeitos e nas respostas institucionais.

No sentido do enfrentamento dos desafios postos no processo de construção de uma prática educativa crítica, coloca-se a necessidade de uma capacitação profissional permanente adequada às exigências de um trabalho crítico, coerente face às necessidades de saúde apresentadas. Assim, a capacitação profissional passaria a ter dupla proposta: a de colaborar para a mobilização e fortalecimento da participação da população na construção de alternativas de cuidado para além do biológico; e a de produzir e publicizar conhecimento

sobre saúde, contribuindo para o desvendamento de ideias preconcebidas que interferem no processo de cuidado.

Para além desse aspecto, no trato do(a) HIV/AIDS, faz-se necessária ainda a administração das lacunas e defasagens presentes no processo educativo em saúde para garantir o atendimento das necessidades apresentadas pelos usuários e conseguir conter o avanço da epidemia. Com o aumento dos casos de aids no Brasil e em Juiz de Fora/MG, são inúmeras as práticas desenvolvidas com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento como: a oferta da terapia antirretroviral, exames de última geração que apontam se a pessoa é portadora do vírus e se precisa do coquetel; o apoio de uma equipe de profissionais, que, ainda que não trabalhem totalmente integrados, se esforçam para uma assistência integral nas áreas médica, psicológica e social; o trabalho educativo externo em escolas e comunidade em parceria com ONGs, entre outras. Entretanto, ainda que as práticas aconteçam com um viés mais amplo, com a participação do poder público e da sociedade civil, não estão sendo suficientes para conter os avanços da epidemia no município.

A contribuição que se poderia dar neste sentido seria o fomento de práticas educativas sistemáticas e não esporádicas na atenção básica como vem acontecendo. A UBS, como porta de entrada do sistema, instância de saúde mais próxima do usuário, que tem a oportunidade de trabalhar nos moldes de Estratégia de Saúde da Família, necessita ser fortalecida no cuidado em HIV/AIDS, especialmente na linha de prevenção e educação em saúde.

O Programa Municipal de DST/AIDS, seguindo o Programa Nacional, prevê a atuação de todos os níveis de atenção. Entretanto, em Juiz de Fora, esta tarefa se concentra no CTA e SAE e, em termos de alta complexidade, nos hospitais como o HU/CAS. A atenção básica realiza ações de cuidado em HIV/AIDS ao sabor de práticas individuais, não tendo um processo de trabalho nesta linha como em outros programas como de Direitos Reprodutivos, SAD, Hipertensão e Diabetes. Também não é possível planejar práticas educativas amplas se as mesmas se circunscreverem apenas aos muros dos serviços de saúde. A prática educativa pode e deve ser desenvolvida em todos os espaços onde possa possibilitar participação e reflexão nos espaços individuais e coletivos.

O tema HIV/AIDS, além de ainda suscitar preconceito, também ainda se constitui em um tabu, não problematizado em casa ou na escola. As instituições de ensino não contam com uma disciplina de educação sexual, e as poucas que abrem as portas para este tipo de assunto o fazem sobre a forma de palestras, em outros momentos de oficinas, mas para determinadas

turmas e sem uma grade de programação permanente. Colaborando para uma prática ainda carregada de juízo de valor, chama-se a atenção para a falta de capacitação sistemática dos profissionais de saúde para lidar com as mais variadas situações, especialmente com a população adolescente, hoje faixa de grande preocupação dada a tendência de juvenização da epidemia.

A prática educativa perpassa necessariamente pela construção de espaços de debate que visem ao fortalecimento da população na correlação de forças estabelecida entre os diversos atores sociais: usuário/profissionais/serviços, no sentido da democratização e transformação do processo de cuidado a partir dos interesses da população. Vincula-se à capacitação, mobilização e participação dos indivíduos que demandam o cuidado e também de quem cuida, mediante o processo de reflexão, identificação de necessidades, formulação de demandas, noção exata do que pode o serviço de saúde ofertar, de forma qualificada, organizada e crítica. Assim, numa perspectiva ampla, volta-se para o compromisso de romper com práticas de cunho biologicista, contribuindo para o surgimento de uma nova e superior prática. Este é o sentido de prática educativa que se quer defender.

A pesquisa aponta que, para desencadear o processo educativo, cabe ao profissional possibilitar a aproximação com os usuários, apresentando os serviços, discutindo conjuntamente as soluções em promoção em prevenção da saúde, viabilizar o acesso às informações que possam contribuir para o entendimento de como funciona a rede, os direitos disponíveis, o que precisa e como contribuir para melhorar. Entretanto, a pesquisa também mostrou que, apesar do profissional possuir papel fundamental no processo de cuidado em HIV/AIDS, Juiz de Fora carece de uma política de capacitação e fomento ao trabalho em equipe, de forma a conjugar os saberes de todas as áreas, tendo em vista a aids, hoje, ser trabalhada no aspecto da vulnerabilidade e, nenhum profissional, por mais imbuído que esteja do seu processo de trabalho, será capaz de dar respostas a todas as questões que envolvem o cuidado em HIV/AIDS.

De acordo com o estudo, o setor Saúde em Juiz de Fora/MG, dentro de sua capacidade instalada, oferta suas práticas da melhor forma possível, especialmente nos últimos anos, espelhando o que se espera de uma prática que leve a um cuidado integral, centrado no sujeito. Entretanto, apesar de detectar que as práticas em saúde voltadas ao enfrentamento do(a) HIV/AIDS estudadas no município são educativas e buscam promover a aproximação



dos sujeitos envolvidos no cuidado cotidiano, falta integração entre a própria rede e desta com outras políticas públicas de igual importância.

Em Juiz de Fora/MG, a pesquisa apontou uma atuação da atenção básica muito ínfima perto de suas potencialidades. A integração maior só foi visualizada entre CTA e SAE, não sendo suficiente, pois a rede de cuidado em HIV/AIDS no município não é formada apenas por estes dois serviços. Foi percebido que o setor Saúde, apesar de fazer sua parte – guardadas as devidas proporções– não é capaz de trabalhar todos os aspectos que envolvem a vulnerabilidade em HIV/AIDS, não dando respostas efetivas ao enfrentamento do avanço da epidemia no município, necessitando da interlocução com outras áreas, especialmente a da Educação, em um esforço de se trabalhar intersetorialmente, isto é manter uma relação contínua com as políticas que se remetem à ampliação das condições sociais.

Os eixos trabalhados no estudo apontam uma compreensão ampla da AIDS como uma doença que, além do aspecto biológico, perpassa as condições de vida e saúde por que passa o indivíduo em seu cotidiano, o que confere maior ou menor grau de vulnerabilidade o seu contágio. Descortinaram também as práticas desenvolvidas no município revelando que, na atualidade, acompanhando o novo perfil da epidemia, as práticas voltam-se não à culpabilização dos indivíduos, mas, a vivência de uma qualidade de vida, usufruindo das possibilidades de prevenção, promoção e cuidado oferecidos pelo Programa Municipal de DST/AIDS, pautados em premissas fundamentais à defesa intransigente do direito à saúde como, na condição de sujeito, ter acolhida sua demanda e necessidade, ter uma equipe que se responsabiliza por seu cuidado e, ao mesmo tempo, ser corresponsável por ele, tendo estreitados os laços de vínculo entre quem cuida (profissionais), é cuidado e se cuida (usuário) e quem oferta o cuidado (serviços seguindo as diretrizes do Programa Municipal).

Entretanto, retomando o objeto deste estudo – “a análise das práticas de saúde desenvolvidas para o enfrentamento da epidemia com vistas à prevenção, promoção da saúde e adesão ao tratamento” no município de Juiz de Fora/MG, considerado pólo pra este tipo de atendimento na região, fica evidente a necessidade de se investir em práticas educativas que não se reduzam ao setor saúde, nem que sejam desenvolvidas massivamente no indivíduo já acometido pelo vírus como geralmente acontece, ou, esporadicamente em campanhas que não atingem plenamente os objetivos da prevenção; mas uma educação em saúde que esteja presente em todos os espaços propícios para o debate, para a troca de experiências, como escolas, comunidade, templos, família, dentre outros, uma vez que a prática pedagógica com

base no cuidado integral é um exercício completo e permanente do acompanhamento evolutivo da Política de Saúde em HIV/AIDS, junto à gestão das redes pública e privada/filantrópica de atendimento, no sentido de valorização dos elementos de formação continuada como a informação, a comunicação, a participação, o acesso, conjugados à análise das condições sociais e reforço da afirmação dos direitos sociais de toda população e não somente a afetada pelo vírus. Só assim, conclui-se, haverá possibilidade de mudança nos índices da epidemia encontrados no Brasil e em Juiz de Fora/MG, cujas estatísticas enquadram o município como o segundo com a maior incidência do vírus em Minas Gerais (SSSDA, 2009).

## **ANEXO**

## **Instrumento de Coleta de dados**

### **O DESAFIO DA PREVENÇÃO EM HIV/AIDS: um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços de referência em Juiz de Fora/MG**

#### **Eixos Abordados**

##### **Caracterização da Aids**

O que significa Aids? Que sentidos atribui a ela?

##### **Enfrentamento da epidemia e Caracterização da prática**

Com o aumento do número de casos, que providências são tomadas para seu enfrentamento e conter seu avanço? Que tipo de cuidado é oferecido ao usuário? Como são desenvolvidas as ações de prevenção e promoção da saúde? Descreva as práticas de saúde desenvolvidas. Quais delas são consideradas educativas? Ou todas são? Como se dá o processo educativo?

##### **Acolhimento, responsabilização, vínculo**

No desenvolvimento das práticas de saúde, qual o papel do profissional? Como é realizada a escuta das demandas do usuário? Que necessidades de saúde são percebidas? Que respostas são dadas? Que estratégias são adotadas para se chegar ao saber do outro? Como são resolvidos os problemas?

### **Diagnóstico, adesão, tratamento**

Em caso de diagnóstico positivo, como, por quem e para quem é dado? Que medidas são tomadas e com que objetivos? Que impactos o diagnóstico positivo apresenta para o usuário e as práticas de saúde? Quanto à adesão ao tratamento, o que é e que estratégias são adotadas para sua fidelização? No caso de abandono, que providências são tomadas?

### **Limites e possibilidades das práticas de enfrentamento do HIV/AIDS**

Que limites são percebidos no desenvolvimento das práticas? Há diferenças entre o cuidado oferecido e o cuidado que gostaria de oferecer? Que avanços/possibilidades são percebidos? Em sua opinião, que práticas poderiam contribuir para a diminuição do número de casos e controlar a epidemia?