

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: UMA PRÁTICA EDUCATIVA

COUNSELING ON HIV/AIDS: AN EDUCATIONAL PRACTICE

ASESORAMIENTO EN HIV/SIDA: UNA PRÁCTICA EDUCATIVA

Aline Reis Souza de Oliveira¹
Marta Lenise do Prado²

RESUMO

Neste estudo, o objetivo foi discutir o aconselhamento em HIV/aids na perspectiva da prática educativa, à luz da problematização e da educação para a autonomia. Verificou-se nos estudos sobre o tema a tendência ao autoritarismo e o despreparo dos profissionais tanto no campo da abordagem de temas como sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, como também no campo teórico-metodológico para a ação educativa.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Aconselhamento Sexual; Educação em Saúde

ABSTRACT

The objective of this study was to discuss counseling in HIV/Aids from the point of view of educational practice in the light of problem raising and education for autonomy. It was found that studies on this theme showed a tendency to authoritarianism and a lack of preparation of workers both in dealing with issues, such as sexuality and sexually transmissible diseases, as well as in the theory and methodology for education.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Sex Counseling; Health Education

RESUMEN

Este estudio ha buscado discutir el asesoramiento en VIH / Sida desde la perspectiva de la práctica educativa, a la luz de la problematización y de la educación para la autonomía. En los estudios se ha observado la tendencia al autoritarismo y la falta de preparación de los profesionales tanto para enfocar temas como la sexualidad y enfermedades sexualmente transmisibles como en el campo teórico-metodológico para la acción educativa.

Palabras Clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Orientación Sexual; Educación en Salud

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na EE-UFMG. Especialista em Enfermagem Obstétrica. E-mail: enfaline@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem/UFSC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC. Professora convidada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG – Convênio PQ1. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN e GIATE UFSC. E-mail: mpradop@nfr.ufsc.br. Endereço para correspondência: Rua Maria Ambrósia de Sá, 187, Jacqueline, Belo Horizonte/MG, CEP: 31.785-220.

INTRODUÇÃO

Em nosso país, a epidemia da aids ganhou proporções inesperadas no final do século passado, com a elevação progressiva em grupos que antes despertavam pouco interesse epidemiológico, dentre eles as mulheres em idade fértil. Com o avanço da infecção entre as mulheres, vem à tona a discussão sobre a transmissão vertical.

Diante desse cenário, a partir da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) propôs a disponibilização do teste a todas as mulheres grávidas que realizam o pré-natal. Segundo o programa, o teste deve ser oferecido sob aconselhamento e realizado com consentimento verbal da mulher. Em 2000, o MS ampliou essa oferta com a criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento. O *Projeto Nascer*, também vinculado a esse órgão, determina que todas as maternidades ofereçam o teste rápido e o VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory. Trata-se de um teste para a identificação de pacientes com sífilis) às mulheres que não tenham realizado esses exames no pré-natal ou não tiveram acesso ao resultado, o que, neste caso, também pressupõe aconselhamento.

Na prática, os estudos de Guilherme et al.,¹ Feliciano e Kovacs², Souza Júnior et al.³, Feliciano e Kovacs⁴ e Nemes et al.⁵ mostram uma realidade diferente. Em algumas situações, as mulheres não são testadas nem informadas de que o exame é obrigatório, ou sequer são avisadas de que serão testadas. Isso traz conseqüências éticas sérias quando o resultado do exame é positivo, perdendo-se a oportunidade de promover a educação para a saúde diante de um resultado negativo.

A atenção pré-natal visa à promoção da saúde da gestante e do feto, identificando as situações de risco e favorecendo as intervenções nos momentos oportunos. No contexto apresentado acima e da perspectiva da vulnerabilidade feminina para a infecção pelo HIV, reitera-se o questionamento sobre a medicalização e a instrumentalização do corpo feminino, característica marcante nas políticas de saúde do século XX no Brasil sobre a saúde da mulher: Estariam todos os esforços voltados somente para a proteção do feto e do recém-nascido? Por que os profissionais esquecem a subjetividade da mulher que atendem, deixam de lado sua condição de cidadã e sua autonomia e lhe imputam a condição de “vetor” que precisa ser controlado para garantir um produto saudável? Como esses profissionais poderiam ajudar essas mulheres a perceber sua vulnerabilidade e entender os riscos e benefícios da testagem para o HIV na gestação?

COMPREENDENDO O CONTEXTO

Com a proposta de superação do modelo autoritário vigente, avançando na busca da qualidade da assistência à mulher, o Brasil vem desenvolvendo diversas iniciativas cujo embrião foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de ver a mulher de maneira integral, abrindo espaço para a percepção de seu aspecto psicossocial, além do biológico. Nos últimos dez anos, o MS, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm orientado seus esforços para dar maior abertura e cobertura para organização dessa assistência. Dentre as iniciativas posi-

vas em 1999, estão a organização da Comissão Nacional de Morte Materna e a criação do Projeto Maternidade Segura, em parceria com a OPAS, o MS, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a UNICEF. Esse projeto visa entitular e credenciar a instituição prestadora de assistência obstétrica que atender aos procedimentos técnicos e critérios de atendimento preconizados, organizados em oito passos, sendo o primeiro deles, a garantia de informação adequada sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher.⁶

Mais recentemente, o MS tem apresentado outras propostas que reforçam essa tendência de ampliar o acesso da mulher à informação como premissa básica da qualidade da assistência, esteja ela no consultório de pré-natal ou internada numa unidade obstétrica, com os projetos de pré-natal e nascimento humanizado, o plano de parto e a cartilha da mulher: seus direitos durante o parto. Em todas essas iniciativas, o direito à informação, escolha e interação com a equipe obstétrica são primordiais.⁷

Essa mudança no modelo de atenção exige a adequação da linguagem imprimindo lealdade e garantindo não apenas informação, mas comunicação para a inclusão, o que permite à mulher a participação ativa em todo o processo de decisão, devolvendo-lhe a possibilidade do consentimento e decisão numa escolha que é dela.⁸ Para que esse apoio seja estabelecido de forma eficiente entre profissional e cliente, é preciso que trabalhem com a comunicação terapêutica.

Devemos perceber que cada mulher tem uma história e cada história possui seu significado. Para Freire, educar exige respeito, capacidade de escutar e perceber no outro as suas reais necessidades de mudança.

Quanto mais me assumo como estou sendo e percebo a ou as razões de ser de porque estou sendo assim, mais me torno capaz de mudar, de promover-me, no caso, do estado de curiosidade ingênua para o de curiosidade epistemológica. Não é possível a assunção que o sujeito faz de si numa certa forma de estar sendo sem a disponibilidade para mudar. Para mudar e de cujo processo se faz necessariamente sujeito também.⁸

Nesse sentido, Campos¹⁰ credita ao profissional de saúde a disposição para despertar o autocuidado do paciente e conclui que

as instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os próprios recursos, partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia no paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença e de suas relações com o meio social e em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida.¹⁰

Stefanelli¹¹ define a comunicação terapêutica como uma habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar o cliente com tensão temporária a conviver com outras pessoas, a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar bloqueios à auto-realização. Assim, podemos ajudar uma mulher em dúvida quanto à realização ou não da sorologia para HIV a entender os benefícios que esse procedimento pode lhe trazer, informar-lhe sobre as estratégias para suportar melhor o que não pode ser evitado e, de alguma forma, apresentar alternativas (informações sobre a vulnerabilidade, os riscos e como o resultado do exame pode proteger o seu filho da infecção) para que supere seus medos e ansiedades.

METODOLOGIA

Desse modo, com o objetivo de discutir o aconselhamento em HIV/aids na perspectiva da prática educativa, foi realizada uma pesquisa exploratória por meio de uma revisão bibliográfica, contando com seis estudos entre 1999 e 2004 que avaliam a abordagem dos profissionais de saúde às gestantes em risco para a infecção pelo HIV.

A base de dados Scielo foi escolhida por oferecer artigos na íntegra. Foram utilizados os seguintes descritores para a seleção dos documentos: Aconselhamento e HIV; Gestante e HIV. Com base na lista apresentada, foram destacados seis estudos e deu-se preferência a pesquisas com mulheres no ciclo gravídico-puerperal no território brasileiro, assistidas na rede pública, por apresentarem interface à temática estudada.

Após a seleção dos artigos, foi realizada uma leitura atenta, buscando identificar a abordagem dos profissionais de saúde para o aconselhamento às gestantes em risco de infecção pelo HIV. Para a discussão, foram utilizados textos de apoio sobre educação, comunicação para a saúde e aconselhamento em DST/aids.

O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DA PRÁTICA EDUCATIVA: O QUE REVELAM OS ESTUDOS

A OMS conceitua aconselhamento como

*um diálogo confidencial entre o cliente e o profissional de saúde, com o objetivo de capacitar o cliente a lidar com as situações estressantes e a tomar decisões pessoais relativas à aids, incluindo uma avaliação dos riscos pessoais para as infecções e a promoção de comportamentos preventivos.*¹²

O aconselhamento pode ser uma ferramenta de enfrentamento das condições impostas que promove a reformulação estratégica de uma vida melhor. Libanio diz:

*O imprevisto paralisa. A estratégia, porém, é diferente. Mesmo que tenham objetivos desenvolve as ações em ambiente incerto, aproveitando de toda informação que capta durante o percurso.*¹

Por se tornar em evento social, a epidemia da aids, com suas conotações estigmatizantes e representações ligadas ao pecado e à morte,¹⁶ exige uma abordagem

social, e a inserção do aconselhamento no cotidiano das unidades de saúde deve atender à necessidade de ampliar o acesso da população ao teste para detecção do HIV e promover a educação sobre a infecção pelo vírus individual e coletivamente.

O grande questionamento localiza-se no processo educativo. Será que as ações preventivas implementadas podem ser consideradas como práticas educativas? Os estudos analisados^{4,5,13,14,17,18,19} apontam para um despreparo dos profissionais que fazem o aconselhamento. Verificou-se nos estudos a presença do autoritarismo, da dificuldade para lidar com os temas sexualidade e com as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o despreparo teórico-metodológico para a ação educativa.

A autoridade do profissional

Feliciano e Kovacs⁴ encontraram em seus resultados que o aconselhamento tinha caráter unidirecional, predominando o repasse de informações e a persuasão, o que vai ao encontro dos resultados de Filgueiras e Deslandes,¹⁴ que demonstraram o uso do autoritarismo e do juízo de valor, predominando o interesse em prescrever tratamentos e comportamentos. O estudo de Goldani et al.¹⁸ traz conclusões semelhantes, mas revela que as mulheres, quando esclarecidas sobre o teste, aceitam-no. Das 711 mulheres aconselhadas, apenas 4 se negaram a realizar o exame. Em Santos,¹⁹ só um terço das mulheres sentiu ter recebido algum apoio no aconselhamento pós-teste, e 12% sentiram-se deprimidas pelos médicos e outros profissionais de saúde, o que aponta a dificuldade dos profissionais de saúde quanto à abordagem emancipatória, privilegiando a atitude autoritária e prescritiva.

A dificuldade para lidar com os temas sexualidade e DST

Muito claro em Costa¹⁷ quando os profissionais expressam seus conflitos internos e dificuldades, como insegurança e ansiedade quanto às reações e sentimentos dos clientes. Goldani et al.¹⁸ também discutem a dificuldade de comunicação dos profissionais que falam em tempo restrito e sobrecarga na demanda como fatores que interferem na interação. Filgueiras e Deslandes¹⁴ ressaltam o despreparo do profissional e a preocupação com o tempo.

Despreparo teórico-metodológico para a ação educativa

O despreparo também pode ser considerado, porque os profissionais de saúde nem sempre têm oportunidade de desenvolver habilidades para a ação educativa. O MS recomenda que as capacitações para o aconselhamento incluam conteúdos relacionados a aspectos éticos, jurídicos, políticos, psicossociais, de organização do processo e até mesmo como identificar e manejar as reações emocionais dos clientes, mas onde desenvolve as habilidades educativas? Será que as dinâmicas e oficinas realizadas são suficientes para a sensibilização?

Todos os estudos citados demonstram que há uma lacuna nesse sentido. Salta aos olhos a negação do espaço de construção compartilhada, na qual só o profissional de saúde sabe o caminho a ser percorrido e cabe ao cliente

segui-lo, abandonando a sua liberdade de opção diante de sua própria vida.

Para a OMS, o aconselhamento pode ser pensado como um momento educativo quando pressupõe:

- *Receptividade e acolhida*, com base na escuta ativa, na qual o profissional de saúde permite a expressão, estimula e acolhe o discurso do outro, respeitando o seu conteúdo, sem a imposição de juízo de valor.¹² O cliente toma contato consigo mesmo por meio de sua própria fala, expõe o que faz e com o que sonha, fala do que tem medo, do que constata, compara, avalia, valora, decide e rompe. Esse pressuposto comprova a idéia de Freire⁸ de que a pessoa é presença consciente no mundo e quando lhe é permitida a reflexão sobre este ser no mundo cria a possibilidade de entender suas escolhas e que valores lhe são realmente fundantes. A permissão desse encontro favorece o momento crítico de se perceber vulnerável à infecção. Aí pode se instalar um processo comunicativo que abre espaço à criação de vínculo.
- *Relação de confiança e reciprocidade*: é o pressuposto do aconselhamento no qual a fala do profissional aparece como um elemento motivador, estimulando o compartilhamento do conhecimento. A vinculação desafia o profissional ao exercício da sensibilidade, do respeito e da solidariedade.

A sensibilidade para compreender o outro como ser integral, a disponibilidade e o movimento de mudança deste sem interferir grosseiramente permitem e oferecem ao outro a vigilância e a coerência para reduzir as contradições e evitar os simplismos.⁹ Além disso, permite que o cliente assuma sua necessidade de mudança, que opte por não contrair o HIV ou por tratar-se e proteger as outras pessoas.

O exercício do respeito, que retorna ao acolhimento, a escuta da livre expressão da sua cultura, saberes e a solidariedade, para junto com o cliente reconhecer que a prática da proteção, exige ruptura, decisão novos compromissos, e sua materialização depende de um movimento de mudança individual, subjetivo, que reclama compromisso ético e construção social.

- *Participação efetiva do usuário* – “Cada atendimento é único, já que cada pessoa traz a sua história de vida. Assim não há receitas sobre as formas de se abordar cada caso, embora tenhamos os objetivos definidos para o aconselhamento”.¹ Este pressuposto faz voltar a Freire,⁸ que afirma que ensinar vai além dos condicionamentos e que nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em verdadeiros sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado. O que faz pensar que o aconselhamento deve centrar-se na pessoa que dele participa, pois só assim pode alcançar o objetivo de favorecer ao cliente o reconhecimento e a mobilização de recursos internos para a prevenção (mudança de comportamento) e cuidado (adesão ao tratamento, enfrentamento da situação).¹⁴ Libanio¹⁵ ressalta que a participação efetiva no processo educativo envolve o jogo da pergunta: levantar perguntas, buscar

respostas e sobre elas continuar perguntando para, dessa maneira, progredir no processo de mudança, reformular o agir diante das inovações do conhecimento construído, reconstruído, compartilhado. Nesse raciocínio segue-se a outro pressuposto.

- *Apoio emocional* – Diante da possibilidade da exposição expressa pelo cliente e sua vulnerabilidade, o aconselhamento pode atuar como estratégia que permite a reflexão sobre o teste e reduz a situação de estresse de um resultado inesperado. Pelo exposto até aqui, observa-se que o aconselhamento permite a interação entre o profissional e o cliente, na construção de um espaço educativo. Ele não se limita a mero *checklist* protocolar, no qual o repasse de informações é o ponto alto e a avaliação de risco se reduz à generalização de comportamentos, o uso de autoridade e juízo de valor que legitimam a exclusão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aconselhamento é tarefa complexa e sua eficácia depende das condições gerais de atenção à saúde, educação continuada dos trabalhadores, além das características de seus clientes.¹⁸ É definido pela OMS como espaço de escuta ativa, de diálogo e de confidencialidade. Assim, configura-se o lugar ideal para a promoção da autonomia do sujeito, porque, a partir de suas percepções, autoquestionamentos e discussão com o outro, pode compreender suas escolhas e responsabilizar-se por mudanças de acordo com suas crenças e seu lugar no mundo. Pode posicionar-se diante de sua vulnerabilidade e/ou susceptibilidade, assumindo uma atitude fundamental, libertadora.¹⁴

Para haver mudança, é necessário aos profissionais de saúde predisposição ao diálogo, aceitação das diferenças, investimento no pensamento crítico e humildade de estar ao lado do outro, de permitir que o novo se insira no dia-a-dia, nos condicionamentos dos protocolos e, quem sabe, usar a ficha de anamnese como um pré-texto ao texto do usuário, garantindo o estado de diálogo, no qual os dados coletados façam sentido: transformar esta parceria em matéria-prima para a ação educativa.

Nessa descoberta, é preciso entender que é perfeitamente pertinente quando Libanio¹⁴ fala em aprender a ser, aprender a aprender, aprender a viver juntos e aprender a discernir o aconselhamento em HIV/aids, pois essa é uma estratégia que promove a autonomia do ser humano, o sujeito que é aconselhado e aquele que aconselha, em suas opções relativas ao risco. E para isso o diálogo é condição fundamental e requer uma atitude de abertura, de compartilhamento, de troca de experiências, vivências, sentimentos, pensamentos.²⁰ Todavia, o profissional de saúde precisa refletir criticamente sobre seu papel como educador, e para isso seu processo de formação precisa refletir sobre as correntes pedagógicas e os princípios que as orientam. O profissional de saúde necessita, ao reconhecer seu papel, construir-se como educador.

REFERÊNCIAS

1. Guilherme CCF; Faria, EF; Moraes, PA; Borges, SF; Godoy, MTH. Transmissão vertical do HIV: informação das gestantes atendidas em uma maternidade pública de Goiânia-GO. Rev Eletr Enf, Goiânia, 2000 jul./dez;

- 2 (2). [Acesso em 18 abr 2005]. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista>.
2. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da aids. *Rev Bras Saude Materno-Inf* 2002 maio/ago; 2 (2):157-65.
3. Souza Júnior PRB, Swarwald CL, Barbosa Júnior A, Carvalho MF, Castilho EA. Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo sentinela-parturiente. *Rev Saude Publica* 2004 dez.; 38 (6):764-72.
4. Feliciano KVO, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Rev Bras Saúde Materno-Inf* 2003; 3 (4): 393-400.
5. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (1.2):310-21.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Os oito passos para a Maternidade Segura. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Cartilha da Mulher: seus direitos durante o parto. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Fortes PAC, Martins CL. A ética, a humanização e a Saúde da Família. *Rev Bras Enf* 2000 dez.; 53 (N. Esp.): 31-33.
9. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa. 24ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
10. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: resolução das coisas e a reforma das pessoas: o caso da saúde. in: Cecílio LCO, Organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1994.
11. Stefanelli MC. Comunicação com o paciente- teoria e ensino. São Paulo: Editora USP; 1992.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação nacional de DST e HIV. Aconselhamento em DST, HIV e Aids diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
13. Cappi DRS, Jesus JG, Nichiata LYI, Takahashi RF. Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de orientação e aconselhamento (COAS) para HIV: Relato de experiência. *Rev Latino-Am. Enf* 2001 jan./fev.; 9 (1): 66-72.
14. Filgueiras SL, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad Saúde Pública* 1999, 15 (Sup. 2): 121-31.
15. Libanio JB. A arte de formar-se. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
16. Oltramari LC. Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil. *Cad Pesq Interdiscip Ciên Hum* 2003 set.; (45): 2-17.
17. Costa MAO. Aconselhamento para o teste anti-hiv: o olhar dos profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: EE-UFGM; 2004. 134p.
18. Goldani MC, Giugliani ERJ, Scanlon T, Rosa H, Castilhos K, Feldens L et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(5): 552-8.
19. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36 (4 supl): 12-23.
20. Reibnitz KS, Prado ML. Formação do profissional crítico-criativo: a investigação como atitude de (re)conhecimento do mundo. *Texto Contexto Enf* 2003; 12 (1): 26-33.

Recebido em: 09/05/2006

Aprovado em: 22/02/2007