

EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS: TEORIAS E TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS

Virgínia T. Schall

Departamento de Biologia, IOC, FIOCRUZ

Miriam Struchiner

Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ

Introdução

O objetivo deste trabalho é discutir o papel das teorias educacionais nos programas de educação para a prevenção contra a AIDS. Para isso, faremos uma apresentação inicial sobre as principais correntes de pensamento na educação analisando os princípios didático-pedagógicos relacionados a cada uma delas.

Entendemos que, historicamente, as tendências acompanham posturas político-filosóficas sobre nossa sociedade, tendo o homem seu desenvolvimento e interação com o meio em que vive como foco de suas formulações. As diversas concepções, tanto sobre a educação como sobre a saúde, são, na verdade, reflexos de diferentes compreensões do mundo. Essa relação da educação com a saúde nos interessa especialmente, já que ambas, isolada ou combinadamente, concretizam-se em ações cuja essência está na “promoção do homem” (Saviani, 1989).

Ao longo da história, no entanto, educação e saúde vêm-se ocupando de distintas “caracterizações” de homem de acordo com as exigências e concepções de uma determinada época. Por isso, procuraremos traçar um paralelo entre os diferentes conceitos e tendências nesses dois campos. Finalmente, discutiremos os paradigmas educacionais que vêm sendo formulados a partir

das práticas de prevenção contra a AIDS ou propostas especificamente para esse fim.

É fundamental que no processo de planejamento de ações educacionais no campo da saúde, profissionais e população reflitam sobre os problemas com os quais se defrontam, desenvolvam estratégias e ações compatíveis com os valores existentes e assumam abordagens filosóficas, sobre a sociedade, o homem, a saúde e a doença, que venham, de fato, contribuir para a promoção efetiva do ser humano.

Educação e tendências pedagógicas

Qual o papel das teorias educacionais e tendências pedagógicas? A educação é uma disciplina que se realiza como ciência prática da e para a práxis educacional (Schmied-Kowarzik, 1988). É práxis, pois se desenvolve a partir de uma intenção/reflexão específica com ação concreta sobre a realidade. É social por desenvolver-se no contexto das relações humanas determinadas pela organização da sociedade. Tendo o saber em suas diferentes dimensões como objeto, a especificidade da práxis educativa reside justamente no processo de apropriação/construção desse saber. Entendemos por saber não apenas o conhecimento formal, mas atitudes, posturas, experiências e outras manifestações. Como Saviani (1989) coloca, o saber ligado à promoção do homem é aquele que “torna o homem cada vez mais capaz de conhecer os elementos de sua situação para intervir nela transformando-a no sentido de uma ampliação da liberdade, da comunicação e colaboração entre os homens”.

Dessa forma, torna-se fundamental que a relação entre concepções de homem e sociedade, teorias pedagógicas e práticas educativas tornem-se claras para a compreensão do fenômeno educativo. A pedagogia trabalha a questão da realização da apropriação do conhecimento — é a teoria de uma ação. Já a didática, o “que fazer” da prática pedagógica, ocupa-se do método pelo qual é realizada a construção do saber. O método didático decorre, portanto, das diferentes concepções de homem que, por sua vez, determinam a compreensão do processo pedagógico.

Essa cadeia nos revela que o fenômeno educativo é passível de ser concebido de diversas formas que, isoladamente, não são capazes de explicá-lo exaustivamente. Isso porque cada teoria pedagógica termina por privilegiar um ou outro aspecto do fenômeno educativo, não revelando a natureza multidimensional desse processo. Para que este seja compreendido, é necessária a articulação das dimensões técnica, cognitiva, afetiva e político-social (Candau, 1987; Mizukami, 1986).

O processo pedagógico pressupõe o relacionamento humano e o crescimento/desenvolvimento do indivíduo e, portanto, os elementos afetivos e cognitivos são inerentes a sua dinâmica — a dimensão humana. Os aspectos objetivos, mensuráveis e controláveis do processo, assim como o conjunto de conhecimentos sistematizados na forma de métodos, técnicas e recursos instrucionais compõem sua dimensão técnica. Finalmente, não menos fundamental, impõe-se a dimensão político-social da pedagogia, já que a educação é um processo situado num contexto cultural específico, com pessoas que ocupam posições bem-definidas na organização social.

Vários autores procuraram sistematizar as principais tendências ou abordagens e as teorias do processo ensino-aprendizagem (Candau, 1987; Mizukami, 1986; Moreira, 1985). O trabalho de Mizukami (1986) é de especial contribuição para o desenvolvimento dessa reflexão. Consiste na discussão das principais abordagens tendo como elementos de análise os seguintes conceitos básicos: homem, mundo, sociedade/cultura, conhecimento, educação, escola, ensino — aprendizagem, professor — aluno, metodologia e avaliação. Constitui referencial importante para a compreensão sobre as diversas tendências dos programas de educação para a prevenção contra a AIDS, que serão analisados no próximo tópico.

Descreveremos, a seguir, as abordagens pedagógicas mais representativas e que mais influenciaram a prática educacional no âmbito da educação formal, e em outras áreas, incluindo a educação em saúde. A cada abordagem, mencionaremos o autor mais representativo do ideário focalizado. Isso não significa que não existam outros autores que seguiram desenvolvendo seus trabalhos em outras linhas. Descrevê-los exaustivamente estaria

fora do âmbito deste trabalho. Nosso objetivo é oferecer um referencial inicial para uma análise crítica das tendências pedagógicas inscritas nas práticas de prevenção contra a AIDS.

Abordagem humanista

Esta abordagem tem no trabalho de Carl Rogers (1971) suas idéias mais representativas: “o homem é arquiteto de si mesmo”. Segundo essa concepção, o homem é permanentemente inacabado e vive em processo de constante recriação de si próprio na busca da auto-realização e do uso pleno de suas potencialidades. É único, quer na sua vida interior, quer em suas percepções ou avaliações do mundo, já que possui consciência autônoma que lhe permite significar e optar. Isso implica o conceito de realidade como um fenômeno subjetivo, cuja existência se concretiza a partir da interpretação pessoal e das relações interpessoais numa sociedade “aberta” de pessoas auto-responsáveis, auto-realizadas, flexíveis e adaptáveis criativamente. Se a realidade é produto da percepção, sua objetividade concretiza-se a partir de cada indivíduo, implicando o conceito de que nenhum conhecimento é seguro. É natural ao ser humano a curiosidade e a motivação para aprender; a experiência pessoal e subjetiva é a base de todo conhecimento.

A educação na abordagem humanista tem significado amplo e é representada por tudo que está a serviço do crescimento pessoal, interpessoal e intergrupar. A instituição escolar deve ser um espaço que garanta a liberdade do indivíduo para aprender de forma autônoma e responsável a partir de suas próprias motivações. Nesse espaço, as experiências de ensino-aprendizagem caracterizam-se pela não diretividade, pelo respeito às diferenças individuais, pelo estímulo à criatividade e pela abertura à experimentação. Estratégias, métodos e técnicas de ensino possuem importância secundária, já que a ênfase é dirigida ao processo de “aprender a aprender”, onde o indivíduo estabelece seus objetivos e seleciona os métodos de sua preferência, o que faz com que o aluno não seja mero receptáculo de informações. Nesse contexto, o professor deixa de existir em seu sentido tradicional e passa a ocupar o papel de facilitador da aprendiza-

gem: aquele que, através da autenticidade, da compreensão empática, do respeito e do afeto, facilita o estabelecimento de um clima favorável ao desenvolvimento do aluno, que é sujeito tanto do processo como da própria avaliação.

Abordagem comportamentalista

Tendo dado origem ao que hoje denominamos abordagem tecnicista por colocar o processo de organização sistemática dos conteúdos, os meios, as técnicas e os recursos no controle do meio ambiente e da aprendizagem, essa abordagem tem em B. F. Skinner (1972) suas principais formulações voltadas para o campo da educação. Diferentemente da concepção humanista, os comportamentalistas vêem a realidade como algo dado e objetivo. O comportamento humano é a expressão do conhecimento e é a partir dele que deve ser estudado, na medida em que o comportamento pode ser definido, observado e medido. O conhecimento é uma descoberta nova para o indivíduo, mas essa descoberta já se encontra na realidade externa. O homem é produto do meio em que vive e essa relação é produzida por três eventos fundamentais: o estímulo, a resposta e as conseqüências reforçadoras. Assim, o ambiente social (cultura) dá forma e preserva o comportamento que, por ser observável, é manipulável através da construção das condições necessárias para seu controle. A experiência planejada é, pois, a base do conhecimento (empiricismo).

A educação é entendida como transmissão de conhecimentos, comportamentos éticos, práticas sociais e habilidades para o controle e manipulação do meio ambiente, cultural e social. Educar é promover mudanças e a aquisição de novos comportamentos. A escola é agência que educa formalmente de acordo com os comportamentos considerados desejáveis e úteis à sociedade.

O processo ensino-aprendizagem, a metodologia e a avaliação são elementos fundamentais à prática da abordagem comportamentalista. A tais elementos são conferidas bases científicas, empiricamente testadas e validadas. O ensino supõe o planejamento e a organização de condições para que o aluno atinja objetivos predeterminados e operacionalmente mensuráveis, além de pro-

ver o aluno de reforço (*feedback*) para suas respostas. O reforço é a principal garantia de que o comportamento alcançado se tornará permanente. Técnicas e materiais de ensino planejados cuidadosamente segundo esses princípios, como a instrução programada e o ensino por módulos, conferem ao aluno a possibilidade de uma experiência individualizada e que respeita o seu próprio ritmo de trabalho, já que o que importa é que todos atinjam os mesmos objetivos. O professor, nesse caso, cumpre a função de planejador, avaliador e elaborador do material para que, da forma mais eficaz e eficiente, ocorram as mudanças desejadas.

Abordagem político-social

A abordagem político-social, que se desenvolveu a partir da preocupação com a democratização da cultura em vários países da Europa, após a Segunda Guerra Mundial, adquiriu características peculiares nos países do Terceiro Mundo: possibilitar a participação efetiva das camadas socioeconômicas mais desfavorecidas como sujeitos do processo político-cultural. O trabalho de Paulo Freire (1975, 1987) foi pioneiro no Brasil e serviu de base para experiências em outros países. A Pedagogia do Oprimido que, inicialmente, era dirigida para alfabetização lingüística e política de adultos, propôs como tema central a humanização das relações humanas e a libertação do homem.

Nessa abordagem, homem e mundo estão em constante interação, já que os homens são seres da práxis (ação/reflexão). São concretos, situados no tempo e no espaço, inseridos num contexto socioeconômico cultural específico. Quando refletem sobre sua realidade, tornam-se mais conscientes e comprometidos com sua transformação (da consciência primitiva à consciência crítica) — e, portanto, tornam-se sujeitos de sua própria educação.

Ao invés de mero armazenamento de informações, a cultura, em constante processo de construção, é criada e cultivada a partir das relações humanas, das interações com a natureza e mesmo da incorporação crítica e criadora de experiências de outros sujeitos. O conhecimento é elaborado a partir do mútuo

condicionamento entre pensamento e prática e se produz com reflexão e com conscientização sobre a realidade em que se vive.

A educação é um ato político, pois visa possibilitar que o homem seja sujeito de sua práxis individual e da práxis histórico-social em solidariedade com os outros. Esse amplo caráter dado à educação transcende os muros da escola como espaço de formação e determina que os métodos não sejam opressores, mas dialógicos e problematizantes. "Ninguém educa ninguém, ninguém se educa; os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo" (Freire, 1975). Através da relação dialógica, "educador" e "educandos" são sujeitos de um mesmo processo, se educam, se avaliam e crescem juntos.

Como veremos, a seguir, tanto os diferentes conceitos de saúde, como os da educação em saúde relacionam-se com as tendências aqui descritas.

Tendências na educação em saúde

A educação em saúde caracterizou-se como uma disciplina no início do século XX, tendo sido proposta nos Estados Unidos, em 1919, durante uma conferência internacional sobre a criança, como reporta Cardoso de Melo (1987). Durante o século XIX, as disciplinas isoladas da educação e da medicina, caracterizaram a ação educativa na área da saúde, traduzida em práticas pedagógicas associadas ao higienismo, aprisionada por uma ênfase didática e orientada pela veiculação de informações específicas sobre a transmissão de doenças, conseqüente a uma visão biomédica da saúde.

Com o progresso da ciência, as mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade e o reconhecimento da influência do estilo de vida na causa das doenças e nos padrões de saúde da determinada população, a ênfase no processo biológico da doença foi substituída pelo foco no comportamento individual, restrito a orientação individualista e estreita, marcada por recomendações de condutas apropriadas e outras a serem evitadas.

A essa orientação comportamentalista, seguiu-se a ênfase na produção social da doença, voltando-se as ações para o desen-

volvimento da comunidade e mudança social. Mais recentemente, surge uma definição holística da saúde, considerada um estado positivo e dinâmico ideal, que inclui os aspectos físico, mental, social, espiritual e sexual. E à educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo de capacitação das pessoas para alcançarem a saúde através da escolha pessoal e responsabilidade social (Organização Mundial da Saúde, 1984). Este conceito foi ainda mais expandido numa conferência no Canadá (Epp, 1986), caracterizando-se a promoção da saúde como uma combinação da educação em saúde e defesa da saúde, o que inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos (Glanz et al., 1990). Entretanto, esses autores ponderam que ambas as expressões se sobrepõem, estando intimamente associadas por fundamentos filosóficos e históricos comuns.

Ao considerar a educação em saúde no contexto da AIDS, Homans e Aggleton (1988) apontam duas dimensões dessa disciplina que ainda persistem. Uma, envolve a aprendizagem sobre as doenças, seus efeitos sobre a saúde, como evitá-las e como restabelecer a saúde. A outra tendência inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar são construídos socialmente; é caracterizada como promoção da saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1984). Essa segunda dimensão abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas as pessoas sob risco de adoecer. Sob essas perspectivas, os autores citados descrevem alguns modelos ou diferentes paradigmas de educação em saúde, os quais serão apresentados a seguir, tendo sido propostos considerando a ação educativa voltada especificamente para a prevenção contra a AIDS.

Diferentes paradigmas de educação em saúde e a prevenção da epidemia de HIV/AIDS

Um paradigma é um esquema básico que propõe um modelo de solução de problema por um dado tempo, o qual permite a

uma comunidade de profissionais organizar a sua visão e a prática sobre a sua área de estudo. Os paradigmas incluem teoria, aplicações e instrumentalização através de modelos que se adequam a determinadas tradições da pesquisa científica (Kuhn, 1962). Muitos paradigmas propostos na área de educação em saúde estão norteados por uma perspectiva lógico-empiricista, embora contemporizada por um contextualismo epistemológico, como sugerido por McGuire (1984). Isso significa que, entre as múltiplas teorias aplicáveis à área da saúde — pelo menos dezesseis, segundo McGuire — podem existir diferentes hipóteses verdadeiras, cuja veracidade depende do contexto a que se aplicam. O contextualismo significa, em outros termos, “a teoria que melhor trabalha sob determinadas condições”, ou seja, para cada teoria devem estar explícitas sob quais condições os resultados previstos irão ocorrer.

Uma teoria que ganha reconhecimento acaba por influenciar o treinamento e a socialização dos profissionais, definindo os rumos da prática em um dado campo do saber. Em relação à educação em saúde, teorias variadas representam diferentes ações de intervenção, determinando uma orientação, ora individual, ora de grupo ou comunitária, por exemplo.

Focalizando a epidemia de HIV/AIDS, Homans e Agletton (1988) apresentam e discutem quatro modelos de intervenção que advêm de quatro diferentes orientações teóricas da educação em saúde, apontando seus limites e possibilidades no campo de prevenção da AIDS, ou seja, no contexto dessa síndrome. Trata-se de importante revisão que busca distinguir entre o conteúdo da educação em saúde, os diferentes objetivos e os meios de alcançá-los, de modo a compreender o alcance das iniciativas e dos programas. Reportam-se à análise de French e Adams (1986), os quais identificaram três amplos paradigmas aplicáveis à educação em saúde, como: (1) o modelo de mudança de comportamento, pelo qual a saúde é alcançada através de mudança de comportamento das pessoas; (2) o modelo de autofortalecimento, onde o alcance da saúde se dá pelo desenvolvimento da habilidade das pessoas de compreender e controlar seu estado de saúde dentro das circunstâncias possíveis do ambiente; (3) o modelo de ação coletiva, pelo qual a saúde

é alcançada através da mudança de fatores ambientais, sociais e econômicos gerados pela ação e envolvimento da comunidade. Aos dois primeiros modelos, Homans e Agletton (1988), acrescentam outros dois, um de orientação comunitária e outro que denominam de socialmente transformador. Com base nesses modelos, nós incluiremos um outro, que denominamos de modelo de autonomia afetiva e responsabilidade socio-ecológica, o qual será apresentado e discutido, após breve descrição dos demais citados, justificando-se a sua proposição no caso específico da AIDS como uma alternativa que contempla o desafio de uma doença que tem profundas implicações emocionais.

O modelo de mudança de comportamento

Trata-se de um modelo baseado em uma teoria não crítica, centrado no que o especialista acha que o cliente deve fazer, sugerindo medidas de prevenção dentro de uma concepção biomédica da saúde e da doença. A prevenção pode se dar em três níveis:

- (1) *primária*: encoraja o comportamento de promoção da saúde na população em geral, dando prioridade à informação para evitar adoecer;
- (2) *secundária*: estimula a detecção precoce e o tratamento da doença e promove informações de como a saúde pode ser restabelecida;
- (3) *terciária*: dirige-se mais diretamente às pessoas que têm doenças crônicas ou terminais, tentando ampliar o seu potencial para viver.

A prevenção primária, baseada no modelo de mudança de comportamento é uma estratégia utilizada pelos governos, usando para isso recursos de comunicação de massa, como folhetos, televisão, pôsteres e jornais. Os riscos desse tipo de estratégia caracterizam-se pela possibilidade de causar confusões e ansiedades desnecessárias da informação ser distorcida ou de não ser traduzida nas mudanças de comportamento almejadas. As avaliações desse tipo de intervenção demonstram que estratégias que privilegiam o contato pessoal apresentam maior efetividade principalmente no caso da AIDS que é marcada por crenças

e preconceito, os meios e as mensagens de massa podem ser inadequados.

Homans e Agletton (1988) discutem esse modelo, da forma como foi adotado em uma campanha realizada na Inglaterra pelo Departamento de Saúde, na primavera de 1986 e no início de 1987, constatando, nas avaliações, o seu efeito insignificante sobre o conhecimento relativo à AIDS, bem como algumas confusões sobre as principais causas da doença, gerando ansiedade. Assim, os autores argumentam que tal estratégia pode funcionar quando a mudança de comportamento requerida é uma simples ação, o que não é o caso da AIDS, que envolve padrões mais complexos e até mesmo opções e estilos de vida. Nessa situação, o modelo de mudança de comportamento revela-se altamente limitado.

O modelo de autofortalecimento (Self Empowerment)

Esse modelo encoraja o uso de aprendizagem participativa, já que a AIDS requer uma informação inserida no contexto da vida cotidiana das pessoas, permitindo que os medos e as ansiedades sejam discutidos e resolvidos quando possível. Sua proposta está em acordo com a orientação humanista, apresentada anteriormente.

Homans e Agletton (1988) definem o autofortalecimento como um processo pelo qual as pessoas desenvolvem habilidades, compreensão e consciência de uma dada questão, de modo a agir baseadas em uma escolha racional, e não motivadas por sentimentos irracionais, como sugere Satow (1987). Assim, esse modelo enfatiza o uso de recursos pessoais para ampliar as próprias chances de manter uma vida saudável. É considerado mais bem-sucedido do que o modelo anterior, porque o aprendiz é ativamente encorajado a participar do programa de aprendizagem, a explorar seus próprios valores e crenças e a desenvolver uma compreensão dos fatores sociais que afetam as suas escolhas e de sua posição na sociedade. Contudo, os autores dizem que este conceito de autofortalecimento é, às vezes, problemático. Alguns consideram que se tem ou não se tem tal capacidade; outros admitem que é um recurso que pode ser

desenvolvido. Além disso, surgem questionamentos quanto a aspectos estruturais — raça, gênero, classe, idade — que podem significar limites na autonomia do indivíduo ou de grupos, através de pressões sociais que se impõem, impedindo o autofortalecimento. Assim, recomenda-se que o autofortalecimento seja um primeiro estágio para auxiliar as pessoas a se tornarem mais confiantes em si mesmas, o qual deve ser seguido por processos de decisão e ação que afetam o dia-a-dia das pessoas, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde e a doença.

O modelo de orientação comunitária

Esse modelo questiona a noção de que o indivíduo é responsável pela sua própria saúde e sugere que as pessoas identifiquem e atuem coletivamente no ambiente e nos fatores da comunidade que afetam a sua saúde. Distinguem-se dois tipos de orientação neste modelo: (1) A escolha da estratégia é do educador (de cima para baixo). Encontra-se aí a limitação de pressupor o consenso entre o educador, as pessoas envolvidas e os administradores dos serviços de saúde ou educacionais; (2) A iniciativa se fundamenta na visão do grupo organizado em torno de uma questão particular de saúde. O sucesso dessas iniciativas está na correta identificação das necessidades relacionadas à própria saúde do grupo e no planejamento de programas que vão de encontro a essas necessidades.

Homans e Agletton (1988) incluem exemplos de diversas organizações autônomas bem-sucedidas, muitas delas registrando uma queda na taxa de transmissão do HIV entre homossexuais (como nos Estados Unidos), bem como, em promoção geral da saúde e melhor qualidade de vida. Tais evidências positivas sugerem que a educação em saúde orientada pela comunidade pode ser uma estratégia bem-sucedida de reduzir a transmissão do HIV entre homens homossexuais. Pelo menos para esse grupo, o sucesso reflete a apropriação dos métodos e das mensagens planejadas. Os autores reforçam a diferença significativa dos resultados de grupos de pessoas se tornando responsáveis por sua própria aprendizagem, das situações nas quais “espe-

cialistas em sexo", ou profissionais de saúde tentam mudar comportamentos de outros.

Destaca-se, nesse modelo, a iniciativa de grupos que focalizam a promoção da saúde em geral, indo além das informações sobre AIDS, incluindo outras questões como o uso indevido do cigarro e do álcool; a importância de uma nutrição equilibrada, de exercícios físicos e sono adequados. A consolidação dessas iniciativas requer medidas legais, maiores verbas, proteção oficial e transformações de atitudes da sociedade, ou seja, algumas transformações sociais para maior garantia de continuidade do processo de prevenção.

O modelo de transformação social

A partir da crítica aos modelos anteriores, vistos como tradicionais e limitados, incapazes de afetar as desigualdades sociais que limitam as oportunidades para formas de vida mais saudáveis, e considerando as demandas das minorias (mulheres, velhos, deficientes, gays etc.), o paradigma de transformação social tem o potencial de considerar a saúde e o bem-estar individual como também pretender a mudança social através dos movimentos coletivos organizados.

Homans e Agletton (1988) apresentam quatro aspectos próprios desse modelo que os educadores comprometidos com a transformação social necessitam considerar:

Idéias: As mudanças no nível das idéias requerem desmistificar e tornar mais acessível o conhecimento médico separando-se os argumentos científicos das considerações morais, como, por exemplo, a questão do número de parceiros (aspecto moral) e a troca de fluidos corporais (aspecto científico). As percepções populares, as crenças sobre contágio e sobre praga, necessitam ser questionadas criticamente, bem como os preconceitos e os medos infundados, como a homofobia, o antilebianismo, que se sobrepõem à própria doença.

Relações sociais: Os educadores e educandos comprometidos com a justiça social devem contribuir para a transformação das atitudes de discriminação contra as pessoas portadoras de HIV/AIDS. Para ampliar o seu papel nessa área, os educadores

precisam atuar pessoalmente, explorando práticas sexuais mais seguras em suas próprias vidas. Profissionalmente, devem contactar organizações que incluem os grupos de gays, lésbicas, indivíduos soropositivos, usuários de drogas, prostitutas e organizações trabalhistas que desenvolvem programas de prevenção nas empresas no nível de seus pares. Devem ainda envolver colegas e amigos menos comprometidos, intervir em casa, no nível familiar e na vizinhança. Debater estratégias para negociar o sexo seguro, como, por exemplo, o uso de preservativos femininos pelas prostitutas, sem o conhecimento do cliente. Em suma, esse é um movimento amplo que deve contribuir para uma verdadeira redefinição da sexualidade, incluindo novas práticas e carícias e maior consideração pelo prazer feminino. Segundo Coward (1987), citado por Homans e Agletton (1988):

"[...] a sexualidade poderá ser redefinida como diferente de algo que o homem descarrega em algum tipo de recipiente [...] Neste novo contexto onde a penetração pode literalmente estar associada à morte, pode haver uma oportunidade para uma mudança reaprendizagem sobre a sexualidade."

Processos políticos: Os educadores e educandos comprometidos com a transformação social devem participar e organizar movimentos de reestruturação dos serviços de saúde, bem como das atitudes de seus pares, gerando novas idéias para uma educação mais eficiente, criando novas estratégias para as necessidades locais.

Alocação de recursos: Os educadores e educandos têm um importante papel na educação daqueles que controlam o acesso de recursos para a saúde e benefícios de segurança, contribuindo para a reestruturação dos serviços sociais e de saúde.

Considerações sobre os diversos modelos e a prática da educação em saúde

Constata-se na prática que as ações de educação em saúde, consciente ou inconscientemente, tendem a privilegiar um ou outro modelo. Portanto, é de grande importância que tanto os profissionais de saúde como a população compreendam essas

abordagens com base nos seus princípios fundamentais para assumirem uma postura crítica e construtiva em relação às formas de organização e participação nos programas de promoção da saúde e de prevenção contra a AIDS.

Se tomada isoladamente, a abordagem comportamentalista leva a ações pontuais, onde o condicionamento, como gerador do comportamento, seria sua prioridade. Muito embora essas mudanças sejam necessárias, essa abordagem apresenta sérias limitações na medida em que não leva em consideração aspectos socioculturais e afetivos dos sujeitos envolvidos no processo educativo, além de desprezar o potencial dos indivíduos para construir o conhecimento necessário e participar ativamente nas mudanças de comportamento.

Na abordagem humanista, ao contrário, a ênfase no fortalecimento do "eu" leva a uma perspectiva fundamentalmente subjetiva, individualista e afetiva do processo. Embora o elemento afetivo perpassa e impregne todo o conhecimento, nessa abordagem, ele é restrito, na medida em que se desloca da análise do contexto onde é gerado e dos aspectos socioculturais que o influenciam. No caso da AIDS, especialmente, o foco na subjetividade deslocada do contexto social — junto com o afetivo — pode acarretar a falta de solidariedade.

Uma abordagem que privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores, experiências e afetos pode indicar um caminho mais sólido para as mudanças necessárias, que coloque o homem situado e contextualizado no centro do processo de transformação, incluindo aí os aspectos afetivos e as informações e fatos necessários à tomada de decisões.

Uma proposta de trabalho relativa à prevenção contra a AIDS entre adolescentes: o modelo de autonomia afetiva e de responsabilidade socioecológica

Evitar a transmissão da AIDS requer a tomada de decisões importantes e até mesmo, em certos casos, a mudança de estilo de vida, considerando a liberação sexual alcançada após a década de 60. Nem sempre a tomada de decisão é fruto daquilo que

queremos, mas daquilo que devemos, e o dever pode estar regido por leis, estatutos, senso comum, ameaças, riscos de sobrevivência etc., como assinalam Moreira e Masini (1980). Alcançar a compreensão das razões pelas quais devemos nos comportar de uma maneira — e não de outra — é um exercício de ampliação e aprofundamento da nossa consciência, que nos torna responsáveis e participantes ativos nas decisões necessárias e posicionados enquanto membros de uma determinada sociedade.

Entretanto, ao pensar a educação relacionada à prevenção contra a AIDS, um ponto crucial a ser destacado está nos limites do conhecimento em termos de gerar mudança de comportamento. Aqui está o grande desafio da tarefa educativa. Como afirma Rosenstock (1990), o conhecimento é importante e, às vezes, essencial para a mudança de comportamento, embora raramente suficiente. Não basta saber que o cigarro predispõe ao câncer, que diminui a expectativa de vida, para assumir a atitude de deixar de fumar. Existe um hiato entre a aquisição do saber e a nem sempre conseqüente mudança de comportamento ou aquisição de novos padrões de ação. É no desconhecido mundo dos motivos que levam as pessoas a se comportar de uma maneira específica que se move a saúde e a doença, a felicidade e a infelicidade, o sucesso e o fracasso, dentre outros fenômenos. Assim, o processo educativo deve estar perpassado pela emoção de modo a desencadear as mudanças necessárias. A mera aquisição de saber não é suficiente para engendrar atitudes e ações, em cuja esfera se encontra de fato o objetivo da iniciativa educacional, principalmente na área da saúde.

Contudo, a educação tem falhado sistematicamente ao não contemplar os aspectos afetivos no processo de construção do conhecimento, centrado quase exclusivamente nos aspectos cognitivos, dando prioridade ao acúmulo de saber, à memorização, sem a necessária contextualização e sem o envolvimento pessoal do indivíduo.

Ao focalizar o processo de construção do conhecimento nas escolas, Novak (1981) afirma que nenhum planejamento de ensino explícito e inclui deliberadamente a dimensão afetiva. Segundo o autor:

"O desenvolvimento afetivo pode ser considerado análogo ao

cognitivo, pois crescimento e diferenciação da estrutura afetiva de uma pessoa prosseguem com o tempo, e esse crescimento tenderá a ser positivo e extenso se houver um planejamento deliberado para isso" (Novak, 1981:133-4).

Assim, no planejamento de toda ação educativa, é importante considerar os aspectos afetivos na construção de conceitos que conduzem ao desenvolvimento de valores. Mas, como resalta o autor, há muito ainda para ser aprendido sobre como podemos enriquecer nossas respostas emocionais e como podemos ajudar os outros a desfrutar de melhor experiência afetiva requerendo novos *insights* para que ocorra a necessária tarefa da educação no sentido de atender à formação integral do homem em interação construtiva, responsável e crítica com seus semelhantes.

Considerando a importância da prevenção da epidemia de HIV/AIDS entre adolescentes, o modelo de autonomia afetiva pode ser mais efetivo, possibilitando a construção de conceitos afetivos que conduzam ao desenvolvimento da auto-estima e da responsabilidade social e ecológica, o que significa o fortalecimento de um substrato emocional da consciência, conduzindo a valorização da própria vida, da vida dos outros e do planeta. Considerando-se como as decisões que envolvem os comportamentos de risco no caso da Aids são afetivas, a mera aquisição de informações corretas sobre a doença, não é suficiente para desencadear atitudes de prevenção.

O que se propõe aqui é a construção de valores e conceitos afetivos, a partir de processos e situações de autovalorização, estando o educador envolvido e participando ativamente. A discussão a ser empreendida com os jovens visa questionar, refletir, desconstruir e reconstruir conceitos, como o amor, o ciúme, o desejo, o prazer, a raiva, a inveja, o respeito, a solidariedade, a autoimagem, e a auto-realização, utilizando-se para isso histórias curtas e jogos em que os personagens estão envolvidos em situações de escolha ou problemas semelhantes ao cotidiano dos jovens. Uma revisão histórica da evolução do comportamento humano e das formas de relacionamento afetivo, ao longo do tempo e em sociedades diversas, auxilia a compreensão de como estamos submetidos ao espírito de nossa época, de como o nosso

comportamento é determinado por códigos sociais, permitindo um questionamento e a construção de maior autonomia e segurança. Muitos jovens são levados a comportamentos de risco por pressões de grupo, por inseguranças, ou atendendo a apelos externos de auto-afirmação. Assim, através de processos de identificação e rejeição, os jovens são levados a refletir sobre si mesmos, sobre os autoconceitos, sobre suas tendências afetivas, sobre suas escolhas e comportamentos, em situações desencadeantes de emoções. Estilos de vida, situações sociais, jogos afetivos, preconceitos, uso de preservativos, alternativas de expressões sexuais etc. devem ser incluídos nessas discussões. Além disso, são estimulados a compartilhar decisões e se organizar para alcançar a resolução de um problema por meio de simulação de algumas situações sociais e da busca de soluções coletivas.

Estudos de casos sobre situações de transmissão da AIDS entre jovens podem auxiliar a tomar consciência das situações de risco e estar alerta para as medidas preventivas. A formação de grupos que passam a assumir uma atitude de divulgação dos novos conhecimentos e valores é uma forma de ampliar o alcance e a efetividade dessa estratégia.

Esse é um programa ideal para escolas que demanda algumas semanas ou meses, devendo ser conduzido e planejado por psicólogos. O seu desenvolvimento pode ser feito por professores, sob a orientação de psicólogos, uma vez que envolve respostas afetivas e requer uma habilidade específica para lidar com as emoções.

Essa proposta, apresentada por Schall (1994), baseia-se nas observações de Schall et al. (1987, 1993) de que o uso de histórias infantis com escolares de primeiro grau é o ponto de partida de um processo de construção de conceitos e valores relativos a diversos aspectos da saúde que pode conduzir a maior envolvimento e posicionamento pessoal em relação à própria saúde e à preservação do ambiente. Algumas experiências com jovens, dentro dessa perspectiva, empreendidas por Monteiro et al. (1990) e Rebello et al. (1994), inseridas em pesquisas que conduziam à elaboração de novos materiais educativos, como o jogo Zig-Zalds, destinado à prevenção da AIDS entre pré-

adolescentes e outro, em conclusão, que questiona o uso indevido de drogas (Monteiro, et al., 1994). Tais experiências, por terem sido de curta duração, necessitam ser ampliadas, repetidas e avaliadas para que se tenha uma verdadeira dimensão de sua efetividade. Contudo, a aderência, a motivação, o interesse e a honestidade com que os jovens se lançam à experiência, o desejo manifesto de dar continuidade, a satisfação e afirmação do quanto foi positivo para eles, indica que essa estratégia pode ser fértil e promissora em alcançar os seus objetivos. Os materiais desenvolvidos são certamente facilitadores desse processo, o que requer capacitação dos educadores para o alcance da proposta, bem como acompanhamento e avaliação de sua efetividade, comparando-se as variações de estratégias e contextos. Uma avaliação dessa natureza vem sendo realizada por Monteiro (1994), quanto a alguns programas de prevenção à AIDS em andamento no país, os quais, embora não estejam orientados pelo mesmo modelo apresentado, contemplam parcialmente a proposta aqui apresentada. Só a prática estabelecida com continuidade e devidamente avaliada poderá atestar a sua efetividade, no sentido de contribuir significativamente não apenas para a prevenção da epidemia de HIV/AIDS, mas para o exercício de uma cidadania plena e responsável, bem como para alcançar condições mais dignas e felizes de vida.

Considerações finais

Hoje está cada vez mais claro que a AIDS não é uma doença de certos grupos de risco, tal como foi considerada no início da década de 80. Ela afeta e pode matar homens e mulheres, sejam homossexuais ou heterossexuais, velhos, jovens ou crianças, negros ou brancos, ricos ou pobres, promíscuos ou inexperientes. Causada por um vírus transmitido através da troca de fluidos corporais (sêmen, sangue e muco vaginal), as atividades ou comportamentos que facilitam essa troca é que podem ser considerados de alto risco e não as pessoas, como argumenta Weeks (1988).

Assim, quaisquer sejam as alternativas educacionais adotadas

visando a prevenção dessa síndrome, elas devem levar isto em conta, precavendo-se de orientações que utilizam a sua ocorrência para reforçar falsos moralismos e preconceitos. O essencial é a busca da valorização da vida e, a partir daí, a construção das alternativas de prevenção, num clima de liberdade responsável e solidariedade humana. Assim, é de suma importância avaliar criticamente os projetos, programas e serviços dedicados à educação relativa a AIDS, bem como ter clareza quanto a estar comprometido com o alcance de seus objetivos, os quais devem estar afinados "com o respeito pela dignidade e a verdadeira diversidade da experiência humana", conforme sugerem apropriadamente Homans e Agletton (1988).

Considerando a diversidade metodológica característica da educação em saúde, torna-se necessário que os diversos paradigmas sejam avaliados em situações reais, através de pesquisas que possam se tornar acessíveis aos profissionais de saúde, nas quais sejam incluídos estudos de custo e benefício, análises multivariadas em diferentes contextos e populações, onde sejam coletados os dados relativos aos processos, ao impacto imediato e conseqüências a longo prazo.

Há muito por fazer. Testar o impacto das teorias mais promissoras poderá contribuir para o desenvolvimento da própria teoria, ampliando o seu valor de predição, como também em avanço na prática, melhorando a efetividade da saúde pública. Como sugerem Glanz et al. (1988), "o laboratório da educação em saúde é o mundo real e é nele que a teoria deve ser testada e refinada". E especificamente em relação à AIDS, esse é um investimento urgente e necessário, caracterizando-se como a área onde os resultados positivos podem transformar o percurso e a prevalência da AIDS, já que a cura e a vacina são ainda promessas para um futuro indeterminado.

Bibliografia

- Candau, V. M. (org.) (1987) *A didática em questão*. Petrópolis, Vozes, 6.^a ed.
 Cardoso de Melo, J. (1987) Educação sanitária: uma visão crítica, *Cadernos do Cedes*, 4:28-43.

- Epp, L. (1986) *Achieving Health for All: a Framework for Health Promotion in Canada*. Toronto, Health and Welfare Canada.
- Freire, P. (1975) *Pedagogia do oprinido*. São Paulo, Paz e Terra.
- (1987) *Educação e mudança*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 13.^a ed.
- Glanz, K.; Lewis, F. M. e Rimer, B. K. (1990). *Health Behavior and Health Education — Theory Research and Practice*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Homans, H. e Aggleton, P. (1988) Health Education, HIV Infection and AIDS. In Aggleton e Homans (eds.) *Social Aspects of AIDS*. Londres, The Falmer Press, pp. 154-73.
- Kuhn, T. S. (1962) *The Structure of Scientific Revolution*. Chicago, University of Chicago Press.
- McGuire, W. J. (1983) A Contextualist Theory of Knowledge: Its Implications for Innovation and Reform in Psychological Research, *Advances in Experimental Social Psychology*, 16:1-47.
- Mizukami, M. G. N. (1986) *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo, Pedagógica Universitária.
- Monteiro, S. S. (1994) A Aids no contexto escolar: análise de um programa de prevenção. Tese de mestrado, IMS-UERJ, Rio de Janeiro (em fase de conclusão).
- Monteiro, S. S.; Rebello, S. M. e Schall, V. T. (1991) Zigzaides — an Educational Game about Aids for Children, *International Journal of Health Education*, X:32-5.
- (1994) Jogando e aprendendo a viver: uma abordagem da Aids e das drogas através de recursos educativos. In Bastos, F. I. & Mesquita, F. (orgs.) *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo, Hucitec-IEPAS.
- Moreira, M. A. (1985) *Ensino e aprendizagem: enfoques teóricos*. São Paulo, Moraes, 2.^a ed.
- Moreira, M. A. e Masini, E. F. S. (1980) *Aprendizagem significativa — A teoria de Ausubel*. São Paulo, Moraes.
- Novak, J. D. (1977) *A Theory of Learning*. Ithaca, Nova York, Cornell University Press.
- Rebello, S. M.; Monteiro, S. S. e Schall, V. T. (1994) Drogas e aids: da visão dos adolescentes a uma alternativa de prevenção, *Revista de Saúde Pública de São Paulo*. Enviado para publicação.
- Rogers, C. R. (1971) *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte, Interlivros.
- Rosenstock, I. M. (1990) The Past, Present, and Future of Health Education. In Glanz, K.; Lewis, F. M. e Rimer, B. K. (eds.) *Health Behavior and Health Education*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, pp. 405-20.
- Saviani, D. (1989) *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. São Paulo, Cortez Editora-Editores Associados, 9.^a ed.
- Schall, V. T. (1994) *A educação em saúde para crianças do primeiro grau: construindo a autonomia afetiva e a responsabilidade sócio-ecológica*. Tese de doutorado (em conclusão), PUC, Rio de Janeiro.
- Schall, V. T.; Jurberg, P.; Boruchovitch, E.; Félix-Sousa, I. C.; Rozemberg,

- B. e Vasconcellos, M. C. (1987) Health Education for Children: Developing a New Strategy. *Proceedings of the Second International Seminar on Misconceptions and Educational Strategies in Science and Mathematics*. Vol. II, Nova York, Cornell University, pp. 390-403.
- Schall, V. T.; Gomes-dos-Santos, M.; Pinto-Dias, A. G. e Malaquias, M. L. (1993). Educação em saúde em escolas públicas de primeiro grau da periferia de Belo Horizonte, M.G., Brasil. I. Avaliação de um programa relativo à esquistossomose, *Revista Brasileira do Instituto de Medicina Tropical*, 35(6):563-72.
- Schmied-Kowarzik, W. (1988). *Pedagogia dialética: de Aristóteles a Paulo Freire*. São Paulo, Brasiliense, 2.^a ed.
- Skinner, B. F. (1972) *Tecnologia da educação*. São Paulo, Herder.
- Wachowicz, L. A. (1991) *O método dialético na didática*. Campinas, Papirus (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).
- Weeks, J. (1988) Love in a Cold Climate. In Homans, H. e Aggleton, P. *Social Aspects of Aids*. Londres, The Falmer Press, pp. 10-9.
- World Health Organization (1984) *Report of the Working Group on Concepts and Principles of Health Promotion*. Copenhagen (Later published in *Health Promotion*, 1986, 1:73-6.)