

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

WEDNA CRISTINA MARINHO GALINDO

**O dispositivo do aconselhamento na
resposta à aids**

Recife

2013

O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco
como parte dos requisitos para obtenção do grau de
Doutora em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas em
Instituições.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Lúcia Francisco

Co-orientador: Prof^º Dr. Luís Felipe Rios (UFPE)

G158d

Galindo, Wedna Cristina Marinho

O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids / Wedna Cristina Marinho Galindo ; orientador Ana Lúcia Francisco ; co-orientador Luís Felipe Rios, 2013.

123 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco. Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Psicologia Clínica, 2013.

1. Psicologia clínica. 2. Aconselhamento psicanalítico. 3. AIDS (Doença) - Aconselhamento. 4. Subjetividade. I. Título.

CDU 159.964.2

Nome – Galindo, Wedna C. M.

Título – O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids

Tese apresentada à Universidade Católica de Pernambuco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Aprovada em 30 de janeiro de 2013.

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Francisco - Orientadora

Universidade Católica de Pernambuco

Prof^o Dr. Luís Felipe Rios – Co-orientador

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Vera Sílvia Facciolla Paiva – Titular Externa

Universidade de São Paulo

Prof^a Dr^a. Jaileila de Araújo Santos – Titular Externa

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Maria de Fátima Vilar de Melo – Titular Interna

Universidade Católica de Pernambuco

Prof^a Dr^a. Maria Consuêlo Passos – Titular Interna

Universidade Católica de Pernambuco

Às colegas e aos colegas do CTA Recife, em especial as/os aconselhadoras/es, com respeito e gratidão, pela partilha de projetos, desafios e inquietações diante da rotina inusitada (e por isso excitante e prazerosa, ainda que extenuante) de acolhida à população.

AGRADECIMENTOS

Há muito que agradecer com a conclusão do curso de doutorado. Inicialmente, ao incentivo financeiro da Fundação de Apoio à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), a partir de Bolsa de Doutorado. Este apoio foi fundamental por possibilitar tempo para estudo.

A licença para estudo da Prefeitura do Recife também foi imprescindível. Agradeço a Rejane Marquim, diretora do CTA Recife, a autorização para liberação das atividades de trabalho, além do apoio, incentivo e amizade.

À minha orientadora, Ana Lúcia Francisco, pelo apoio, paciência e cumplicidade no processo de elaboração da Tese. Agradeço a ela os esforços em tornar mais “elegante” a redação do texto.

Ao meu co-orientador, Luís Felipe Rios, pela paciência, sensibilidade e interlocução sempre mobilizadora, em mim, de novas ideias e reflexões.

Às professoras que gentilmente colaboraram em participar da Banca, Vera Paiva, Jaileila, Consuelo e Albenise, cujas interlocuções na Banca Prévia e em tantos outros espaços, proporcionaram o bom espaço de diálogo produtivo, função nobre da academia. À Prof^a Fátima Vilar pela disponibilidade em participar da Banca de Defesa.

Às/Ao aconselhadoras/or que cederam entrevistas para a pesquisa, pela prontidão em colaborar e pelo compromisso em qualificar ações no enfrentamento da aids.

A tantos/as colegas e amigos/as colaboradores/as em diversas situações e formas, na construção da Tese: colegas cartógrafos do grupo de pesquisa; amigos/as do MQD, em especial, Jorge e Benedito; os/as que ajudaram com traduções para o inglês e o espanhol: Gisele, Miguel, Sarah, Paulinho e Renatinha; os/as que tiveram paciência em ler manuscritos e/ou trocar ideias, enriquecendo as elaborações com comentários, como Marcos, Jânio, Walter Eudes e Rejane.

Simplemente (e isso não é pouco) pela amizade de Juliana, Adélia, Rodrigo, Ana Paula, Lindair e Fabiana.

Aos meus pais, Walter e Elza, pelo amor, cuidado, apoio e por sessões animadas jogando buraco, excelente estratégia para desviar (descansar) o pensamento da Tese, mesmo que por algum tempo.

A Wedson e Valquíria, por nos trazer Pedro Jorge, que *ainda* não sabe, mas é fonte de motivação para que eu insista em trabalhar por um mundo melhor.

Pássaros Proibidos

Nos tempos da ditadura militar, os presos políticos uruguaios não podem falar sem licença, assoviar, sorrir, cantar, caminhar rápido nem cumprimentar outro preso. Tampouco podem desenhar nem receber desenhos de mulheres grávidas, casais, borboletas, estrelas ou pássaros.

Didaskó Pérez, professor, torturado e preso *por ter ideias ideológicas*, recebe num domingo a visita de sua filha Milay, de cinco anos. A filha traz para ele um desenho de pássaros. Os censores o rasgam na entrada da cadeia.

No domingo seguinte, Milay traz para o pai um desenho de árvores. As árvores não são proibidas, e o desenho passa. Didaskó elogia a obra e pergunta a filha o que são os pequenos círculos coloridos que aparecem nas copas das árvores, muito pequenos círculos entre a ramagem:

- *São laranjas? Que frutas são?*

A menina o faz calar:

- *Shhhh.*

E em tom de segredo explica:

- *Bobo. Não está vendo que são olhos? Os olhos dos pássaros que eu trouxe escondidos para você.*

Eduardo Galeano em **Mulheres**, 2011, Editora L&PM.

RESUMO

Galindo, Wedna C. M. (2013). *O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids*. Tese de Doutorado, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

O presente trabalho, apresentado sob a forma de quatro artigos, teve por objetivo problematizar a prática do aconselhamento em HIV/aids, realizada em Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA). Fundamentou a investigação, referenciais teóricos e metodológicos alinhados com esforços na construção de conhecimento-emancipação. A realidade é concebida como complexa, dinâmica e aberta, marcada por jogo de forças em disputa cujos vetores que o constituem informam sobre tensões, conflitos e arranjos específicos entre eles. Abordaram-se, na pesquisa, dois aspectos do trabalho de aconselhamento, dentre tantos, processos subjetivos em torno da aids e a intervenção, isto é, os modos de aconselhar. Compôs a pesquisa, análise de Manuais do Ministério da Saúde (MS) para a prática do aconselhamento e análise de Entrevistas com aconselhadore/as atuando em unidades de CTA de Pernambuco. Conclui-se que o aconselhamento merece ser tratado como um dispositivo e não meramente como uma técnica de trabalho, pois envolve diversos aspectos na sua configuração, dentre eles, discursos, enunciados científicos, regulamentações, preceitos morais, estruturas arquitetônicas. De acordo com a pesquisa, o aconselhamento tem se apresentado como dispositivo de controle dos corpos, já que apoiado em concepção de subjetividade-identidade, definida pelas práticas sexuais do sujeito e em recomendações diretivas e prescritivas para o aconselhador, que caracterizam o modo-instrução de aconselhar. Outra perspectiva, que aparece sutilmente nas análises, como potência que pode ser investida, é que o aconselhamento seja um dispositivo de emancipação de sujeitos e coletividades. Caracteriza-se pela concepção de subjetividade-cidadã na qual o sujeito é ativo e participante das questões em torno da saúde como direito e pelo modo-relação de aconselhar, marcado pela horizontalidade e referências democráticas na relação profissional-usuário. As duas etapas de investigação subsidiaram o debate sobre a formação de aconselhadore/as. A partir de uma analítica do aconselhamento como modalidade de trabalho em saúde, que na sociedade capitalista convive com fortes contradições, como a possibilidade da saúde ser tratada como uma mercadoria, são apresentadas proposições para a formação de aconselhadore/as em HIV/aids, na direção de uma perspectiva emancipatória de sujeitos e coletividades. À Psicologia cabe assumir a tarefa de participante no jogo de forças

em questão, parecendo estratégico aproximar suas formulações dos produtivos debates em torno de direitos humanos e direitos sexuais, no campo da aids.

Palavras-chave: aconselhamento; aids; profissional de saúde; subjetividade.

ABSTRACT

Galindo, Wedna C. M. (2013). *The counseling device in responding to aids*. Tese de Doutorado, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

The present study, presented in four papers, had as aim to problematize the practice of counseling for HIV/aids, carried out in Testing and Counseling Centers for HIV/Aids (TCC). Theoretical and methodological references based the investigation within the effort to construct knowledge-emancipation. In this context, reality is seen as complex, dynamic and open, marked by a set of forces in dispute which constitutive vectors inform about tensions, conflicts and specific arrangements among them. Two aspects of counseling were approached in the research – subjective processes regarding Aids and ways of counseling/intervention. The study analyzed Ministry of Health (MH) Manuals on counseling practice and interviews with counselors working on TCC units from Pernambuco. It was concluded that counseling should be treated as a device and not merely a working technique, as it involves aspects as diverse as speeches, scientific stands, regulations, moral precepts and architectural structure in its configuration. According to the research, counseling has been showing itself as a body control device, since it is based on a conception of subjectivity-identity defined by the subjects' sexual practices and on direct recommendations and prescriptions for the counselor that characterize the way-instruction of counseling. Another perspective that appears subtly in the analysis as something to be investigated further is counseling as an emancipation device for subjects and collectivities. It is characterized by the conception of citizen-subjectivity, in which the subject is active and participative in questions regarding health as a right, and also by the way-relation of counseling marked by horizontality and democratic references in the professional-user relation. Both stages of the investigation subsidized the debate on counselors' formation. Propositions for the formation of counselors in HIV/aids are presented within an emancipation perspective for subjects and collectivities, from an analytics of counseling as a work modality in health which coexists with the contradictions of a capitalist society – as the possibility of health to be treated as merchandising and the intimate relation between scientific and economic rationalities. Psychology must then take the role of a participant in the aforementioned set of forces, since it seems to be strategic to approach its formulations for debates on human rights and sexual rights regarding aids.

Keywords: counseling; aids; health professional; subjectivity.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
Crepop	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
Nepaids	Núcleo de Pesquisa e Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e Aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unicap	Universidade Católica de Pernambuco

SUMÁRIO

Apresentação	12
Referências	15
Introdução	16
Referências	27
1. Subjetividade no Aconselhamento em HIV/Aids	30
1.1. A prática do aconselhamento	32
1.2. Sobre a subjetividade	35
1.3. Pesquisando textos do Ministério da Saúde	39
1.4. A subjetividade em textos do Ministério da Saúde	40
1.5. Desafios ao Aconselhamento em HIV/Aids	45
Referências	48
2. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/Aids	51
2.1. Apresentação	52
2.2. Aconselhamento em HIV/aids	52
2.3. Caminhos percorridos na apreciação dos textos do MS	57
2.4. Recomendações do MS a aconselhadores	58
2.5. Considerações Finais	64
Referências	66
3. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/aids	69
3.1. Introdução	71
3.2. Metodologia	73
3.3. Modos de Aconselhar	75
3.4. Desafios na prática do aconselhamento	81
3.5. Considerações Finais	85
Referências	90
4. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/aids¹	93
4.1. Introdução	95
4.2. O aconselhamento no campo do trabalho em saúde	97
4.3. Proposições para Formação de Aconselhadores	101
4.4. Considerações Finais	107
Referências	110
Conclusões	113
Referências	119
ANEXOS	121

Apresentação

O interesse em investigar sobre aconselhamento em HIV/aids é oriundo da minha própria experiência como aconselhadora. Como psicóloga, faço parte da equipe de aconselhadore/as¹ do Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids de Recife (CTA Recife) que reúne outros/as colegas psicólogos/as, assistentes sociais e enfermeiras.

No ano de 2011 foram realizados 10506 aconselhamentos no CTA Recife (CTA Recife, 2012). Trata-se de atendimentos individuais geralmente atrelados ao teste anti-HIV, mas também sem associação com o exame, caso seja demanda do usuário.

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que o aconselhamento deve ocorrer antes da coleta de sangue (aconselhamento pré-teste) e na entrega do resultado do exame (aconselhamento pós-teste) (Brasil, 1993, 1998, 1999), mas é disponibilizado também para qualquer pessoa que demande esclarecimentos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e sobre os exames realizados na unidade; para casais sorodiscordantes; para pessoas que aguardam resultado de exames ou para situações envolvendo outros assuntos associados às questões em foco (Brasil, 2010).

No Brasil, o teste anti-HIV está disponível para a população desde o final dos anos 1980. Data de 1988 o primeiro CTA², unidade de saúde referência na área. Com funcionamento que articula parceria entre os governos federal, estaduais e municipais, conta-se hoje, no Brasil, com mais de 400 CTA (Brasil, 2010). Em Pernambuco funcionam 25 CTA³, um por município, distribuídos nas quatro mesorregiões do Estado: metropolitana, mata, agreste e sertão.

A associação entre testagem e aconselhamento tem como finalidade, desde suas primeiras formulações (Brasil, 1993), oferecer ao usuário do serviço de saúde espaço para abordar informações sobre DST e HIV-aids, avaliar riscos e receber apoio emocional (Brasil, 1998, 1999, 2010).

Da minha experiência com a prática do aconselhamento, alguns aspectos merecem ser pontuados. Como parte de minha acolhida no CTA Recife, quando iniciei meu trabalho de aconselhadora, foram-me apresentados os Manuais do MS sobre aconselhamento como leitura recomendável. Em contato com aconselhadore de outros CTA do Estado percebo que os Manuais se constituem em uma significativa referência para o trabalho.

¹ Ao longo do texto da Tese, identificamos aconselhadore/as ora no feminino, ora no masculino.

² Inicialmente nomeado de Centro de Orientação e Apoio Sorológico/COAS.

³ <http://www.pc.gov.br/blog/2012/06/06/secretaria-de-saude-treina-equipes-dcs-centros-municipais-de-testagem-de-sao-lourenco-e-bodoco/>

Um aspecto que me chamou à atenção, logo no início de meu contato com a realidade do CTA, foi o formato do aconselhamento que lembra o da consulta em Psicologia – com ênfase no diálogo – mas se diferencia de uma psicoterapia em vários aspectos, inclusive na ausência de encontros regulares.

Vale à pena destacar também a rotina da equipe de aconselhores. A que me acolheu mantém como prática a interlocução entre pares como recurso para estudo de caso, revisão de posicionamentos e ajustes de fluxos e rotina. A preocupação em prestar melhor atendimento ao usuário, na perspectiva de atendê-lo em sua demanda, é o que tem norteado o trabalho da equipe. Nos meus primeiros contatos com a rotina do CTA constatei os esforços de aconseladoras em acolher o usuário em sua singularidade, com atenção e respeito à diversidade sexual. Era comum, também, a autocrítica e/ou intercontrole quanto ao posicionamento no aconselhamento, diante da possibilidade de não ter proporcionado um adequado espaço para o diálogo. Não raro, nos momentos de interlocução entre pares, é rotineira a partilha de experiências e o reconhecimento de dificuldades pessoais dos aconselhores em lidar com determinadas situações. Nesses casos, destaca-se o cuidado dos outros colegas no sentido de contribuir com o aconselhador, fortalecendo-o em sua prática, na perspectiva de qualificar o atendimento ao usuário.

O aprendizado para o exercício da prática do aconselhamento, nesse contexto, é feito a partir de um treinamento em serviço, que envolve, num primeiro momento, assistir aos aconselhamentos realizados pelos colegas que já têm experiência nesta prática; realizar o aconselhamento sob a supervisão de um colega experiente e, finalmente, executar individualmente o aconselhamento. Diante da chegada de um/a novo/a colega para equipe o/a profissional que outrora fora acolhido, passa a acolher e contribuir na formação do novo/a aconselhador/a. Esta tem sido minha experiência no CTA Recife e parece ser comum em outras unidades de CTA, com algumas variações, conforme relato de entrevistados da pesquisa de Tese.

A integração da equipe de profissionais de saúde parece estratégica para o aprimoramento do trabalho de aconselhamento, principalmente quando pensamos que a abordagem de temas tão delicados como práticas sexuais, aids, saúde-doença, pode ser bastante mobilizador no profissional de saúde que, por sua vez, dependendo do manejo dispensado no aconselhamento, poderá contribuir para minimizar o sofrimento do usuário e, às vezes, evitar mais sofrimento.

Certa vez, estava diante de um usuário que havia buscado o CTA para fazer exame anti-HIV, porque “a camisinha estourou”. A queixa era recorrente, levando-o a vários exames e

uma inquietação diante do risco de ter contraído o HIV. Após um satisfatório diálogo afastamos algumas situações que poderiam ser a causa do rompimento: o usuário atentava para a validade, armazenava adequadamente a camisinha e a largura do preservativo era confortável para ele. Ao conversarmos sobre o modo como usava o preservativo, ficou claro que o usuário não deixava “aquela pontinha, que é feia, parece uma chupetinha”, dizia ele, o que o levava a esticar completamente o preservativo no pênis. O rompimento era inevitável, nessa situação. Ao ser esclarecido de que precisava manter “a pontinha” para receber o esperma na hora da ejaculação, o usuário compreendeu de forma satisfatória informações que já sabia decorado: “ao colocar o preservativo prender a pontinha para não ficar ar, senão pode estourar; desenrolar o preservativo no pênis; depois da relação, retirar ainda com o pênis ereto e jogar fora”. Enfim, sendo um tema envolvido com tabus, preconceitos, as práticas sexuais merecem atenção delicada no aconselhamento. Caso contrário, podem se inscrever no lugar-comum de que “todo mundo sabe como se prevenir”, deixando demandas específicas de cada usuário passarem despercebidas ao aconselhador.

A experiência no CTA motivou-me a pesquisar sobre o aconselhamento em HIV/aids, no sentido de aprofundar reflexões sobre sua função no ainda não superado desafio de barrar a cadeia de transmissão do HIV. Quatro anos de pesquisa e estudos no Curso de Doutorado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) estão sistematizados neste texto de Tese. O incentivo do Curso e as exigências de produtividade que têm norteado o campo da criação de ideias e produção de conhecimentos no mundo acadêmico orientou o formato do texto em artigos. Desta forma, os quatro capítulos que compõem o corpo da Tese são apresentados na forma de artigos que foram submetidos à avaliação de Revistas Científicas, dois deles em vias de publicação. Então, cada um desses capítulos/artigos contém resumo, introdução, metodologia, apresentação e discussão de resultados e referências bibliográficas. Além dos quatro capítulos que compõem o corpo da Tese, o texto conta com uma Introdução e, finalmente, com reflexões/conclusões que emergiram na tessitura deste trabalho. A formatação de todo texto segue as regras da American Psychological Association (APA) (Universidade de São Paulo [USP], 2009).

Referências

- Brasil. (2010) Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: MS.
- Brasil. (1999) *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1998) *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. (3ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1993) *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- CTA Recife (2012) *Relatório de Dados do CTA Recife – 2010 e 2011*. Sistematização: Wedna C. M. Galindo. (mimeo)
- Universidade de São Paulo (2009) *Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso Parte II (APA)*. 2ª ed. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. (Cadernos de Estudos 9)

Introdução

O objetivo desta pesquisa de Tese foi o de problematizar o aconselhamento em HIV/aids como prática realizada em unidades de CTA. Especificamente, empenhamos reflexão crítica de alguns elementos do processo de trabalho no aconselhamento, a partir de dois planos de análise – processos subjetivos em torno da aids e a intervenção tratada pelos modos de aconselhar. Para tanto, contamos com duas fontes de dados: Manuais do Ministério da Saúde (MS) sobre aconselhamento e Entrevistas Narrativas de Experiências com profissionais de saúde-aconselhadoras atuando em unidades de CTA em Pernambuco.

Os dois planos de investigação - subjetividade e intervenção - foram priorizados em nosso estudo, dentre tantos que compõem a cena do aconselhamento. No plano da subjetividade interessou-nos pesquisar as concepções de sujeito que permeiam a prática do aconselhamento. A atenção a este aspecto possibilitou identificar elementos que informam sobre *quem é* o usuário no aconselhamento a partir dos Manuais e das Entrevistas. E os desdobramentos que esse caminho aponta: o que o usuário pensa; o que sente; como se comporta; como se relaciona com os aspectos envolvidos na temática em foco.

No segundo plano de investigação focalizamos a intervenção propriamente dita, isto é, o que ocorre na cena do aconselhamento. Os esforços foram dirigidos, prioritariamente, para o trabalho do profissional de saúde-aconselhador, suas práticas/posicionamentos diante do usuário que lhe demanda atenção. Deriva desse objetivo principal, questões mais específicas como: o que a aconselhadora pensa, sente diante do usuário sob seus cuidados e da sua tarefa de atendê-lo; como acolhe, maneja, encaminha as demandas que lhe são dirigidas. Tanto nos Manuais quanto nas Entrevistas, analisamos esses aspectos.

Fundamentos Teóricos

Processos subjetivos e modos de aconselhar como planos que informam sobre o aconselhamento em HIV/aids estão intimamente imbricados nesta prática e são compreendidos na dinâmica instituído/instituente. É num campo de forças em movimento que são traçadas linhas que orientam a prática do aconselhamento. Tais linhas se inscrevem na lógica do que Deleuze e Guattari (1995, p. 18) chamam de rizoma.

Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, organizado, significado, atribuído, etc.; mas também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar. Há ruptura no rizoma cada vez que linhas segmentares explodem numa linha de fuga, mas a linha de fuga faz parte do rizoma. (...) Faz-se uma ruptura, traça-se uma linha de fuga, mas corre-se sempre o risco de reencontrar nela organizações que reestratificam o conjunto, formações que dão novamente o poder a um significante, atribuições que reconstituem o sujeito.

Neste estudo identificamos elementos que nos informam de um movimento em curso e em constante transformação. Não foi pretensão, portanto, encontrar respostas absolutas e esgotar verdades sobre o campo em foco. Preferimos dizer que nossa pesquisa aponta estratégias de aproximação com o campo e indica possibilidades de compreensão de sua dinâmica.

A pesquisa é marcada por compromisso ético-político de contribuir para o fortalecimento do SUS e da sociedade democrática, cujo acesso à saúde integral é direito de todos brasileiros. Assim, dirigimos atenção para a prática do aconselhamento como atividade viva, construída por profissionais de saúde e usuários dos serviços, em relação.

Concluimos com a pesquisa, que o aconselhamento em HIV/aids deve ser considerado como um dispositivo e não estritamente como uma técnica de intervenção ou uma ação protocolar no quadro de respostas à aids. Tal como postula Michel Foucault (2007, p. 244) o dispositivo é

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

A relação entre os elementos de um dispositivo pode assumir diversas funções. Existe entre eles, “um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções”. Essa característica informa da dinamicidade de um dispositivo, das possibilidades inimagináveis *a priori* de arranjos entre os elementos que o compõem. A terceira característica do dispositivo diz de sua formação para responder a uma urgência. “O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante”.

Na recente história da institucionalização do aconselhamento em HIV/aids como prática em saúde coletiva, identificamos essas três características. Do seu surgimento, ainda nos anos de 1980 para atender à urgência de triagem de Bancos de Sangue (Araújo & Camargo Jr., 2004; Brasil, 1999a), às definições sobre a forma que deve assumir na rotina dos serviços de saúde, bem como o conjunto de regulamentações jurídico-administrativas necessárias para o seu exercício, o aconselhamento merece ser tratado como um dispositivo nos esforços de resposta à aids.

Ao preconizar o aconselhamento como ação complementar e indispensável à testagem anti-HIV, o MS formula orientações para a execução dessa prática, publicando-as em Manuais amplamente divulgados em todo o país (Brasil, 1993; 1998; 1999a; 2010). Esses textos têm subsidiado a formação de gestores e profissionais de saúde no campo de testagem e aconselhamento em DST-aids. Constam nos Manuais desde orientações para o funcionamento

do CTA, incluindo fluxos e rotinas, até referências à postura esperada dos profissionais que atuam nessas unidades de saúde.

Vale à pena pontuar que os Manuais indicam fundamentos teóricos do aconselhamento, mas não aprofundam debate sobre o assunto. Há referência às formulações do psicólogo norte americano Carl Rogers, em torno da Abordagem Centrada na Pessoa, e o reconhecimento de que, ao ser incorporado às práticas de atenção à saúde na América Latina, o aconselhamento recebe influência da Psicanálise, em especial, a de orientação Argentina (Brasil, 1998). Posteriormente, problematizam-se as possíveis filiações ideológicas do aconselhamento, inscrevendo-o como prática social e historicamente construída, implicada com valores da sociedade capitalista, mas, igualmente, sem qualquer debate que posicione e contextualize essa condição (Brasil, 1999a).

Essas características que reconhecemos na apresentação do aconselhamento como prática, indicam da “rede que se pode estabelecer” entre os diversos elementos que o constitui. Ao mesmo tempo, informa-nos da “função estratégica dominante” que justifica sua adoção como prática em saúde pública, recomendada para todo o país.

Em nossa pesquisa empenhamos análise dos Manuais do MS buscando identificar as concepções de subjetividade implícitas nos textos, posto que não é uma temática abordada explicitamente (Capítulo 1). A partir desta análise, discutimos também sobre as recomendações que o MS faz ao trabalho de aconselhadores (Capítulo 2).

Quanto à dinamicidade do aconselhamento, ao “jogo, às mudanças de posição” entre os elementos que o compõem, entendemos que alguns aspectos podem ser identificados e nos informam sobre diversas funções assumidas por esta prática, ao longo de sua recente história no campo da aids. Contudo, a diversidade de arranjos entre os elementos que compõem o aconselhamento configura a sua abertura, que pode assumir contornos específicos, segundo onde e como está sendo realizado. Em nossa pesquisa identificamos dois modos de aconselhar – instrução e relação - na rotina de unidades de CTA em Pernambuco (Capítulo 3).

As duas etapas da pesquisa – análise dos Manuais e Entrevistas – subsidiaram debate sobre o trabalho do aconselhamento em HIV/aids e a formação de aconselhadores. Inscrito no campo da saúde, o trabalho do aconselhamento convive com contradições específicas do modo de produção capitalista que caracteriza nossa sociedade e merecem ser consideradas diante da tarefa de formação de profissionais. A partir dessa discussão apresentamos proposições à formação de aconselhadores (Capítulo 4).

O processo de institucionalização do aconselhamento, portanto, se inscreve no jogo de forças em curso na realidade, no qual concorrem valores, concepções, enunciados científicos,

enfim, elementos ora em disputa, ora em movimentos de complementariedade. Por isso, entendemos que propor compreensões sobre o aconselhamento e elaborar conhecimentos sobre essa prática, é uma produção no campo de ética e da política e não no campo estritamente da técnica. Ao contrário, entendemos que a questão técnica é, necessariamente, *atravessada* pelas dimensões ética e política.

Tal postura distancia-se, então, da produção de conhecimentos numa perspectiva positivista, cujas críticas são bem conhecidas. Destacamos as que indicam o quanto a produção de conhecimentos nesta perspectiva pode estar a serviço de interesses do capitalismo. É o caso das reflexões de Mézaros (2004) ao denunciar que o cientificismo neopositivista fornece racionalização necessária para que interesses socioeconômicos e políticos dominantes sejam legitimados, assumindo *status* de “paradigma da explicação racional da sociedade” (p. 255). Nessa lógica, problemas sociais são tratados como “questões tecnológicas-científicas ‘neutras’” e, assim, evita-se tratá-los a partir das contradições da sociedade capitalista. Além disso, segundo o autor, a ideologia do cientificismo neopositivista “penetrou não apenas nas cidadelas do conhecimento, mas em praticamente todos os espaços da vida cotidiana” (p. 257), o que significa, responder às demandas sociais por explicações oriundas do campo da ciência.

A íntima relação entre ciência, tecnologia e indústria não cumpriu com as promessas de redução das desigualdades sociais a partir da expansão da produção, por sua vez garantida graças ao avanço tecnológico. As promessas não cumpridas - de igualdade, liberdade, fraternidade - da modernidade são denunciadas por Boaventura de Souza Santos (2000). A alternativa, no campo da produção de conhecimentos, para quebrar a lógica de reprodução do capitalismo, e, por conseguinte, de relações de dominação e opressão, é construir, de acordo com Santos (2010; 2000) um *conhecimento-emancipação*, compreendido como um novo senso comum e constituído por três dimensões: a ética (solidariedade), a política (participação) e a estética (prazer).

Destacamos, nessa perspectiva, o debate sobre ética social e ética feminista como alternativa a uma ética abstrata, pretensamente neutra. Atenção às relações humanas, a cuidados recíprocos, às experiências emocionais e a compreensões partilhadas, é estratégico para construção de conhecimento sobre o campo de estudo, de acordo com aqueles referenciais éticos (Clifford, 2006).

Esforços na construção de um pensamento crítico latino-americano, cujo eixo central seja a elaboração de alternativas ao eurocentrismo, são indicadores do conhecimento-emancipação. Poder falar sobre nós e a partir de nós, alterando o quadro de dominação epistêmica, no qual o

velho mundo anuncia quem são os povos e as realidades do novo mundo (Grüner, 2011; Santos, 2010) é, de fato, um desafio ético-estético-político. Essa tendência, entretanto, é contra hegemônica. No campo de forças em questão,

convertida em conhecimento uno e universal, a ciência moderna ocidental, ao mesmo tempo que se constitui em vibrante e inesgotável fonte de progresso tecnológico e desenvolvimento capitalista, arrasou, marginalizou ou descredibilizou todos os conhecimentos não científicos que lhe eram alternativos tanto no Norte quanto no Sul (Santos, 2010, p. 155).

Em meio à vasta produção no campo do pensamento crítico latino-americano, cujas elaborações versam prioritariamente sobre as ciências sociais, identificamos importante contribuição anunciada por Yamandú Acosta (2011) sobre a constituição do sujeito na filosofia latino-americana.

De acordo com Acosta (2011, p. 89), o pensamento crítico-emancipatório desenvolvido na América Latina propõe como referência o “sujeito vivo”, alternativa às noções de sujeito cognoscente, sujeito ativo, sujeito prático, assumidas por diversas tendências epistemológicas na história do pensamento. Ao sujeito vivo “se abre a possibilidade de ativar-se e organizar-se como ator social e político, para transformar as estruturas, sistemas e instituições (...) em direção ao horizonte utópico do ‘sujeito como sujeito’ ”⁴.

Ao concebermos o sujeito e a realidade nessa perspectiva, filiamos nossa pesquisa à teoria crítica, cuja preocupação primordial tem sido

com as questões relacionadas ao poder e a justiça e com os modos pelos quais a economia, os assuntos que envolvem a raça, a classe e o gênero, as ideologias, os discursos, a educação, a religião e outras instituições sociais e dinâmicas culturais interagem para construir um sistema social (Kincheloe & McLaren, 2006, p. 283).

Na pesquisa qualitativa crítica, a interpretação ou hermenêutica, tem assumido importância significativa. Identificamos nosso trabalho à “hermenêutica crítica (...) que tenta relacionar os problemas cotidianos enfrentados pelos indivíduos com as questões públicas do poder, da justiça e da democracia” (Kincheloe & McLaren, 2006, p. 291).

Nesse sentido, a elaboração de conhecimento distancia-se de uma pretensa neutralidade e assume claramente um partido, o de que a pesquisa seja uma forma de crítica social ou cultural e contribua para a construção de um mundo melhor. A um pensador ou teórico crítico, cabe aceitar algumas suposições básicas em torno da produção de conhecimentos, de acordo com Kincheloe e McLaren (2006, p. 292-293), baseados em Kincheloe e Steinberg (1977), que transcrevemos a seguir:

[suposição] de que todo o pensamento é fundamentalmente mediado pelas relações de poder estabelecidas social e historicamente; de que os fatos nunca podem ser isolados do domínio de valores ou removidos de

⁴ Tradução livre de Wedna C. M. Galindo.

alguma forma de inscrição ideológica; de que a relação entre conceito e objeto e entre significante e significado nunca é estável e fixa, sendo geralmente mediada pelas relações sociais da produção e do consumo capitalistas; de que a linguagem é central para a formação da subjetividade (...); de que, em qualquer sociedade, certos grupos são privilegiados em relação a outros, e de que, embora essas razões para esse privilégio possam variar enormemente, a opressão que caracteriza as sociedades contemporâneas é reduzida com mais força quando os subordinados aceitam seu *status* social como natural, necessário ou inevitável; de que a opressão tem muitas faces, e de que o foco sobre apenas uma delas à custa das demais (...) muitas vezes elide as interconexões existentes entre elas; e, finalmente, a de que as práticas predominantes de pesquisa geralmente estão implicadas na reprodução dos sistemas de opressão de classe, de raça, de gênero, ainda que na maioria das vezes involuntariamente.

Na direção de uma perspectiva crítica na pesquisa, acionamos recursos teóricos que nos auxiliaram no debate sobre processos subjetivos e modos de aconselhar possibilitando algumas elaborações que avaliamos como da ordem do conhecimento-emancipação.

Uma leitura crítica histórica indica que a subjetividade tem assumido *status* de objeto de estudo da Psicologia a partir do final do século XIX (Prado Filho & Martins, 2007). Soma-se, na nossa história, à experiência da subjetividade privatizada, isto é, de percepção e sensação de originalidade, individualidade e liberdade, a vivência da crise dessa subjetividade, consequência da falência dos ideais liberais e românticos cujas promessas de liberdade e originalidade foram frustradas. A ideologia disciplinar, com tarefa de ordenar a vida social, sucede às outras duas, com apoio da jovem disciplina Psicologia que assume a tarefa de normatizar o comportamento e o existir humanos (Figueiredo & Santí, 2006).

O contexto no qual se dá esse processo – aqui apenas brevemente pontuado – é o do desenvolvimento do capitalismo, do qual destacamos a *forma* que assumem as relações sociais. No feudalismo, as trocas entre os sujeitos eram por equivalência, pelo valor de uso dos objetos; as relações sociais (entre senhor e escravo) eram de dominação e servidão. A emergência da sociedade burguesa, no bojo do desenvolvimento do capitalismo, ergue bandeiras de defesa de universais como igualdade e liberdade, com vistas a destituir o quadro anterior de dominação. Mas, dinâmicas sociais não se alteram assim. Ao se apoiar, por exemplo, no universal liberdade, a sociedade burguesa mantém a aparência de que todos os indivíduos são realmente livres e, por conseguinte, as relações sociais e de trocas entre eles, são claras e transparentes. No entanto, esses universais são falsos por estarem fundamentados no equívoco da igualdade entre os seres humanos. As trocas, por sua vez, não são por equivalência, pelo valor de uso dos objetos, mas pelo valor atribuído às mercadorias, e este, eivado das contradições do capitalismo. Então, a *forma* que assumem as relações nas sociedades capitalistas é mais importante de ser considerada do que os próprios conteúdos envolvidos. Esta ideia é defendida por Žižek (1996) que ao discutir a análise que Karl Marx fez da passagem do feudalismo para o capitalismo aprofunda reflexões sobre a *brecha* que

Marx identificou: as relações de submissão e servidão do mundo feudal são recalçadas pela sociedade burguesa sob a defesa dos universais e aparecem como sintoma nas relações de troca na sociedade capitalista.

Entendemos que essa argumentação da *forma* que assumem as relações auxilia-nos no estudo sobre subjetividade. Pontualmente, dialogamos com o trabalho de Guattari e Rolnik (1993) que analisa a existência de uma subjetividade capitalística na contemporaneidade (Capítulo 1). Interloquções mais sistemáticas são feitas com o pensamento de Michel Foucault, em suas elaborações sobre o dispositivo de sexualidade que nas sociedades ocidentais “tem sido considerada como o lugar privilegiado em que nossa ‘verdade’ profunda é lida, é dita” (Foucault, 2007, p. 229-230).

Quanto ao debate sobre modos de aconselhar recorreremos, mais uma vez, às reflexões de Žižek (1992) sobre a *forma* que assumem as relações na sociedade capitalista, com destaque, agora, para possibilidades de superação do desconhecimento/alienação implicado na inscrição do indivíduo na realidade. Žižek critica perspectivas de inspiração marxista de que a alienação seria extinta quando a classe trabalhadora tomasse consciência da complexa engrenagem que a aprisiona como submissa à lógica e interesses do capital. Para Žižek, pensador identificado com abordagens pós-estruturalistas da análise social, a alienação não é uma substância que se pode *desalienar* a partir da compreensão dos mecanismos que sustentam o capitalismo, isto é, do estudo de conteúdos. Mais importante é atentar para a *forma* que assumem as relações sociais. Nesse sentido, apostamos que os debates sobre intervenção merecem atentar, prioritariamente, para a *forma* que assume o trabalho de aconselhamento.

É nessa direção que dialogamos com leituras críticas do processo de trabalho em saúde na sociedade capitalista (Merhy, 2009; Vasconcelos, 2008; Traverso-Yépez, 2008). Trazemos também ao debate reflexões que abordam a questão da vulnerabilidade (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003; Matida, 2003) e aspectos relacionados ao cuidado (Ayres, 2009) nas práticas em saúde e a defesa de investimentos no uso de tecnologias leves - de relação intersubjetiva, como o olhar, a escuta e a acolhida - (Merhy, 2009; 2007). A defesa da inclusão do tema sexualidade na formulação de intervenções no campo do HIV/aids (Rios, 2003; Paiva, 2002) também se constitui em iniciativa importante que sugere intervenção na *forma* do aconselhamento em HIV/aids.

Procedimentos Metodológicos

Orientamos os procedimentos metodológicos da nossa pesquisa segundo a perspectiva

crítica que imprimimos ao trabalho. Vale à pena pontuar que restringimos nosso estudo à abordagem do aconselhamento em HIV/aids, ainda que os CTA lidem também com DST de forma geral, além de outras demandas. Lembramos que duas fontes de dados subsidiaram a investigação – os Manuais do MS e as Entrevistas com aconselhadoras.

Quanto aos Manuais, foram selecionados quatro textos do MS que apresentam orientações para a prática do aconselhamento, por serem as primeiras publicações do MS sobre o tema (Brasil, 1993; 1998; 1999a; 1999b). Outras publicações mais recentes do MS (Brasil, 2010), que orientam sobre o aconselhamento, não trazem mudanças significativas em relação a essas dos anos de 1990. Aquelas orientações iniciais têm sido reproduzidas em Manuais para populações/instituições específicas, como mulheres (Cepia & UFRJ, 2003); gestantes (Brasil, 2004); indígenas (Brasil, 2008); atenção básica (Brasil, 2003).

A ideia de pesquisar Manuais do MS foi inspirada, por um lado, no papel/função que tais textos assumem como subsídios para a formação de aconselhadoras em todo o país. Por outro lado, entendemos que o aconselhamento é estratégico para atender projetos do governo que o formula. Assim, compreender *o que diz e como diz* o MS sobre o aconselhamento, informamos de parte desse complexo contexto. A produção do MS, então, foi considerada como material vivo que anuncia ‘verdades’ sobre a intervenção no campo da aids. (Araújo, 2008)

Essa estratégia de selecionar os textos, entretanto, não deve ser associada a uma pesquisa cronológica, ou à construção de narrativa temporal sobre o assunto. Busca-se, ao contrário, identificar “a processualidade das práticas discursivas” em torno do trabalho de aconselhadoras. (Spink, 2004, p. 146)

Para o tratamento dos Manuais, fizemos várias leituras deles, o que possibilitou construir três categorias a partir das quais o material foi inicialmente trabalhado: o aconselhamento; a quem se destina; quem o executa. Essa categorização mais ampla teve o objetivo de ser inclusiva ao máximo. A segunda fase de categorização foi refinada. O material já recortado inicialmente foi classificado em três novas categorias, a partir do conteúdo foco de cada enunciado: usuário do serviço de saúde; realidade/contexto do usuário; intervenção dirigida ao usuário. Recursos de copiar, colar, classificar, de editor eletrônico de texto, foram utilizados na categorização do material, nas duas fases (Galindo, 2008; Kelle, 2002). Cada fragmento de fala foi identificado no seu final com o ano de publicação e o número da página em que se encontra, de modo que no reordenamento do material essa informação garantiu sua localização.

O bloco com material sobre ‘usuário do serviço de saúde’ foi a base para a discussão sobre

concepções de subjetividade nos Manuais do MS (Capítulo 1). O bloco sobre 'intervenção dirigida ao usuário' subsidiou a discussão sobre as recomendações que o MS faz aos profissionais-aconselheiros e é abordado no Capítulo 2. É importante esclarecer que para o debate das recomendações excluímos um dos Manuais, por se tratar de uma avaliação de ações de aconselhamento em unidades de saúde do país (Brasil, 1999b), cujo teor, por vezes, problematizador e, em outros momentos, de relatoria, configurou-se como destoante do formato de Manual. Por essa razão, decidimos excluí-lo da análise das recomendações.

Em ambos os blocos – sobre subjetividade e sobre recomendações – trabalhamos com análise de discurso, observando os conteúdos, a organização e função dos textos, orientada por quatro aspectos principais, a saber: o discurso em si mesmo; uma visão da linguagem como criadora e construída; discursos como forma de ação; organização retórica do discurso (Gil, 2002). Nos dois processos empenhados, sínteses provisórias do material subsidiaram a redação da análise final, como pode ser observada nos respectivos capítulos.

Quanto às entrevistas narrativas, foram realizadas em unidades de CTA de Pernambuco, situadas em municípios das quatro mesorregiões de desenvolvimento do Estado: metropolitana, mata, agreste e sertão. Entrevistar profissionais atuando nas várias regiões foi estratégico para reunir material que informe sobre a possível diversidade cultural. Concepções de sexualidade, prevenção, riscos, aids, bem como aquelas sobre subjetividade podem ter expressões específicas quando consideramos universos micro culturais. Ainda que a referência cultural mais ampla seja ancorada na cultura nordestina, pernambucana, garantir na investigação, a participação de profissionais atuando nas diversas regiões do Estado, possibilitou a escuta da diversidade cultural. É importante esclarecer, entretanto, que a *cultura* não se constituiu em uma variável de investigação, do tipo das previstas em pesquisas experimentais. Tão somente ela é reconhecida pela implicação no campo de investigação em foco – a prática do aconselhamento. O cuidado em garantir a escuta da diversidade cultural, entretanto, não se traduziu em conteúdos significativos no material das entrevistas. Apenas pequenas expressões culturais singulares foram identificadas e apresentadas, sem destaque específico, na análise das entrevistas (Capítulo 3).

Colaboraram com a pesquisa, narrando suas experiências, 12 profissionais de saúde-aconselheiros. Em cada mesorregião de desenvolvimento do Estado, três municípios contribuíram com a pesquisa, permitindo-nos, portanto, chegar a este quantitativo de entrevistados. As entrevistas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2011.

Com idades entre 25 e 57 anos, as participantes eram na grande maioria mulheres (11), sendo apenas um homem. Oito com formação em Psicologia, três em Serviço Social e uma

em Ciências Biológicas. Optamos por não identificar mais características dos participantes, para garantir o sigilo e anonimato. A pequena quantidade de CTA em funcionamento em Pernambuco, à época da realização das entrevistas, levou-nos a optar por não identificar, por exemplo, município/mesorregião em que atua a participante. Como não foi pretensão analisar o perfil de aconselhadores, mas compreender os modos de aconselhar características pessoais como idade, tempo de formação, tempo de atuação em aconselhamento, estado civil, religião, não foram elencados *a priori* como elementos de investigação.

Orientou-nos, no momento da entrevista, o que Turato (2003, p. 186) chama de pesquisa clínico-qualitativa, na qual o entrevistador deve “ser um ouvidor e um observador com percepção apurada; ter atenção flutuante sobre o todo; (...) ver [no campo] o que lá acontece, e valorizar o comportamento do sujeito”.

Com duração média de 50 minutos, as entrevistas foram audiogravadas, após o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ser lido e assinado por cada participante (ver Anexo). Um Tópico Guia (Bauer & Gaskell, 2002) subsidiou a realização das entrevistas (ver Anexo) que transcorreu em clima agradável. Mesmo quando em algumas situações a participante dispunha de tempo reduzido para nos atender, mostrou-se disponível em colaborar, acolhendo nossa demanda. A abertura para o diálogo sugere que as profissionais necessitam de espaço para interlocução sobre sua prática

As entrevistas foram literalmente transcritas. Leitura flutuante do material contribuiu para a construção da estratégia de seu tratamento. Quatro *Planos* foram traçados e orientaram a primeira fase da análise. Os Planos foram: Usuário (quem procura o CTA); Profissionais (quem executa o aconselhamento); Aconselhamento (atendimento propriamente dito; o que ocorre no contato profissional-usuário); Trabalho em saúde (questões associadas ao trabalho e à política de aids). Cada entrevista foi cortada em enunciados, classificados em cada um dos quatro Planos. Para identificação do fragmento de fala, foi registrado, ao final de cada um, o número da entrevista, seguido pelo número da página onde se encontra o fragmento.

Na segunda fase desse processo, para cada fragmento de fala, já identificado a um Plano, nova classificação foi realizada, considerando o Conteúdo abordado. Em cada Plano, quatro Conteúdos foram identificados, conforme descritos no Capítulo 3 e aqui, apenas listados:

- Plano Usuário: Quem; Sentimentos; Riscos; Demandas.
- Plano Profissional: Perfil; Formação; Postura/Manejo; Sentimentos, concepções, interesses.
- Plano Aconselhamento: Modalidades; Abordagem de práticas sexuais; Abordagem de resultados do exame; Relação profissional-usuário, propriamente dita.

- Plano Trabalho: Rotina interna (fluxos); Práticas externas ao CTA; Recursos (humanos, físicos, etc.); Política (de saúde; campo político, de forma geral).

A terceira fase do trabalho de análise das entrevistas consistiu em (re)organizar os fragmentos de fala, pela classificação já realizada, de modo que obtivemos 16 blocos de materiais, isto é, quatro blocos em cada um dos quatro Planos. Para cada bloco foram redigidas sínteses sistematizando o material. Essa etapa subsidiou a redação final da análise (Capítulo 3), antecedida de versões preliminares.

Uma nota sobre a aparente diversidade de métodos de análise merece ser feita. Nos artigos que compõem os capítulos da Tese há referências à análise de discurso e à dupla hermenêutica como recursos analíticos utilizados. Essa situação explicita o meu próprio processo de formação no doutorado. Ao optar por redigir a Tese no formato de artigos, a produção deles ocorreu concomitantemente com o curso das disciplinas, sessões de orientação, leituras e estudos. Enfim, a referência à análise de discurso, por exemplo, na investigação de Manuais do MS, antecede estudos mais sistemáticos articulados à hermenêutica crítica. De todo modo, nessa aparente diversidade de métodos de análise do material reconhece-se como ponto de semelhança, proximidade, coerência entre eles, a defesa da interpretação como recurso metodológico por excelência, o que poderá ser constatada na leitura dos capítulos. O que me mobilizou tanto na investigação dos Manuais do MS como das Entrevistas, foi a expectativa de identificar elementos que indicassem a complexidade da prática do aconselhamento. Lembramos – mais uma vez - não nos interessou explicar, justificar, fundamentar o aconselhamento, mas, tentar traçar planos e linhas que emergem do/no campo de forças no qual esta prática se dá.

Finalmente, é importante registrar que o Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e a pesquisa foi realizada com a anuência da Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais do Estado de Pernambuco.

Referências

- Acosta, Y. (2011) La constitución del sujeto em la filosofia latino-americana. In: Grüner, E. (coord.) *Nuestra América y el Pensar Crítico: fragmentos del pensamiento crítico de Latinoamérica y del Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociais – CLACSO.
- Araújo, C. L. F. & Camargo Jr., K. R. (2004) *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.
- Araújo, I. (2008) *Foucault e a crítica do sujeito*. 2ª ed. Curitiba: Ed. da UFPR.
- Ayres, J. R. C. M. (2009) *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc: UERJ/IMS: Abrasco.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bauer, M.W. & Gaskell, G. (2002) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Clifford, C. G. (2006) A ética e a política na pesquisa qualitativa. In Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (orgs.) *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa – teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995) Introdução: Rizoma. In: _____ *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1* Tradução Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Figueiredo, L. C. & Santí, P. L. R. (2006) *Psicologia: uma (nova) introdução*. (2ª ed.) São Paulo: EDUC.
- Foucault, M.(2007) Sobre a história da sexualidade. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal [Original Publicado em 1979]
- Galindo, W.C.M. (2008) *Intervenção Rural e Autonomia – a experiência da Articulação no Semi-Árido/ASA em Pernambuco*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Gil, R. (2002) Análise de discurso. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Grüner, E.(coord.) (2011) *Nuestra América y el Pensar Crítico: fragmentos del pensamiento crítico de Latinoamérica y del Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociais – CLACSO.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1993) *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Kelle, U. (2002) Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual*

- prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kincheloe, J.L. & McLaren, P. (2006) Repensando a teoria crítica e a pesquisa qualitativa. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. *O Planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Matida, A. H. (2003) Do ‘risco’ ao constructo ‘vulnerabilidade’: contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a AIDS. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 29, p. 34-43, dezembro.
- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2009) Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho, Sérgio R.; Ferigato, Sabrina; Barros, M. Elizabeth (orgs.) *CONEXÕES Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, p.276-300.
- Mészáros, I. (2004) *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Paiva V. (2002) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 25-38.
- Prado Filho, K. & Martins, S. (2007) A Subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade* 19(3), 14-19.
- Rios, L. F. (2003) “Se morrer, já fui tarde...” Noras sobre trajetórias de vida de homens jovens com práticas homossexuais. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 29, p. 115-123, dezembro.
- Santos, B. S. (2000) *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S. (2010) *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. 3ª ed. Vol. 4. São Paulo: Cortez.
- Spink, P. (2004) Análise de documentos de domínio público. In Spink, M.J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano- aproximações teóricas e metodológicas*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde*. Natal, RN: Editora da UFRN, 2008.
- Turato, E. R. (2003) *Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2008) *Abordagens Psicossociais Volume 1: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.
- Žižek, S. (1992) *Eles não sabem o que fazem. O sublime Objeto da Ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Žižek, S. (1996) Como Marx inventou o sintoma? In _____ (org.) *Um mapa da*

ideologia. Rio de Janeiro: Contraponto.

Textos do Ministério da Saúde

- Brasil (2010) Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: MS.
- Brasil (2008) *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do distrito sanitário especial indígena*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004) *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2003) *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1999a) *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999b) *Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde – avaliação de ações*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1998) *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. (3ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1993) *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Cepia & UFRJ (2003) *Trabalhando com Mulheres e Aids - Cartilha de orientação para multiplicadores*. Rio de Janeiro: Cepia. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

1. Subjetividade no Aconselhamento em HIV/Aids⁵

La Subjetividad en el Aconsejamiento en HIV/Sida

Subjectivity in HIV/Aids Counseling

Resumo - O aconselhamento subsidia a testagem de HIV no Brasil caracterizando-se pela escuta do profissional de saúde ao usuário do serviço, antes da coleta de sangue e depois, na entrega do resultado do exame. Discute-se neste artigo, concepções acerca da subjetividade do usuário, a partir da análise de quatro textos do Ministério da Saúde, material recomendado para capacitação de aconselhadores. O estudo apoia-se em perspectiva histórica de construção da subjetividade; utiliza a análise de discurso como recurso metodológico. As análises indicam que a subjetividade é, prioritariamente, definida como identidade a partir das práticas sexuais do sujeito, ainda que uma concepção de subjetividade cidadã se anuncia fragilmente. A eficácia do aconselhamento é associada à condição de que o sujeito fale de si. Mecanismos de controle das subjetividades são identificados, inscrevendo o aconselhamento como dispositivo da biopolítica, a serviço da avaliação, cálculo e antecipação de riscos, comuns a uma sociedade de segurança.

Palavras chave: aconselhamento; Aids; singularidades; controle; subjetividade.

Resumen - El aconsejamiento subsidia el análisis de VIH en Brasil y se caracteriza por la escucha del profesional al usuario del servicio antes de la colecta de sangre y al entregar el resultado. Se discuten en este artículo, conceptos sobre la subjetividad del usuario, a partir del análisis sobre cuatro textos del Ministerio de la Salud, material recomendado para la capacitación de consejeros. El estudio se apoya en la perspectiva histórica de construcción de la subjetividad; utiliza el análisis del discurso como recurso metodológico. Los análisis indican que la subjetividad se define prioritariamente como identidad a partir de las prácticas sexuales del sujeto aunque una concepción de subjetividad ciudadana se anuncia sutilmente. La eficacia del aconsejamiento depende de que el sujeto hable sobre si. Los mecanismos de control de la subjetividad son identificados, inscribiendo el aconsejamiento como dispositivo de la biopolítica al servicio de la evaluación, cálculo y anticipación de riesgos comunes en una sociedad segura.

Palabras clave: aconsejamiento; SIDA; singularidad; control; subjetividad.

⁵ Artigo produzido com coautoria de Ana Lúcia Francisco e Luís Felipe Rios; submetido e aprovado para publicação na Revista Psicologia Política.

Abstract – Counseling characterizes HIV testing in Brazil, with the therapeutic listening by a health professional to the service's user before and after blood collection, when exam results are delivered. In this paper, users' subjectivity conceptions are discussed, by the analysis of four Ministry of Health texts that are recommended for counselors training. The study is based on a historical perspective of subjectivity construction and uses discourse analysis as methodological resource. Results indicate that subjectivity is mainly defined as identity regarding subjects' sexual practices, even though a citizen subjectivity conception is slightly announced. The efficacy of counseling is associated to the need for the subject to talk about him/herself. Subjectivity control mechanisms are identified, inscribing counseling as a biopolitical device put at disposal for evaluation, calculation and anticipation of risks, usual to a security society.

Key-words: counseling; AIDS; singularity; control; subjectivity.

1.1. A prática do aconselhamento

Os esforços, em nível mundial, de enfrentamento da epidemia da aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) têm se apoiado no avanço de conhecimentos sobre os mecanismos de ação do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), na descoberta e uso de farmacologia antirretroviral. No Brasil, é significativa a diminuição da quantidade de novos casos de infecção por transmissão vertical (de mãe para filho) e por corrente sanguínea (Bastos, 2006). A redução da transmissão do HIV pela prática sexual, entretanto, mantém-se como grande desafio (Brasil, 2012).

A possibilidade de detectar precocemente a presença do HIV no organismo é considerada como uma condição estratégica para a garantia da convivência com ele. No Brasil, a testagem para HIV iniciou-se em 1987 nos casos de doação de sangue, sêmen, órgãos; entre 1987 e 1988, foi disponibilizada à população. Em 1989, soma-se à testagem, o aconselhamento, ambos disponíveis nas unidades de referência, os Centros de Testagem e Aconselhamento/CTA⁶ (Brasil, 1993; 1999a).

O Ministério da Saúde preconiza o aconselhamento como atividade a ser desempenhada por profissionais de saúde capacitados para tal, em dois momentos - antes da coleta do sangue (pré-teste) e na entrega do resultado do exame (pós-teste) ao usuário. Envolve orientação, avaliação de riscos e apoio emocional aos usuários, sendo considerado instrumento estratégico nas ações de prevenção e assistência e como instrumento para quebra da cadeia de transmissão do HIV/aids (Brasil, 1993; 1998).

Como prática em saúde pública, o aconselhamento parece se inscrever num paradoxo que merece atenção. Comprometido em intervir na cadeia de transmissão do HIV por exposição sexual, objetivando diminuir as infecções, lida com a tendência de normatizar, disciplinar comportamentos. Em outra direção, destaca-se como ação de acolhida, escuta das singularidades, sinalizando para uma abertura à diferença (Brasil, 1998).

Este artigo tem como objeto de atenção a abordagem da subjetividade implícita nos textos oficiais do Ministério da Saúde (MS), vez que tal temática não é explicitamente apresentada. Como estes manuais têm sido balizadores da capacitação de aconselhadorems em todo país, entendemos que analisar e discutir as concepções de subjetividade veiculadas sobre o sujeito do aconselhamento é estratégico para aprofundarmos reflexões sobre o alcance dessa prática em saúde pública. Nessa perspectiva, identificamos o trabalho de aconselhadorems inscrito no campo político, que envolve, necessariamente, tomada de decisões implicadas em jogos de poder. O material aqui apresentado compõe pesquisa de doutorado, em andamento, sobre o

⁶ Inicialmente chamados de Centro de Orientação e Apoio Sorológico-COAS.

aconselhamento em HIV/aids.

Análise de manuais de aconselhamento, tanto nacionais quanto internacionais, foi feita por Lígia Pupo (2007) em pesquisa sobre a história e o desenvolvimento do conceito dessa prática. Uma de suas conclusões aponta para fragilidades nas orientações sobre o aconselhamento em Manuais do MS e na deficitária articulação dessas orientações com a fundamentação teórica apresentada como referência para tal prática, a Abordagem Centrada na Pessoa. Em estudo sobre aconselhamento no campo da aids, Araújo e Camargo Jr. (2004) reconhecem-no como espaço privilegiado no sistema público de saúde, distanciando-se de um mero processo informativo.

Examinar a abordagem da subjetividade em textos do MS sobre aconselhamento é coerente com a própria construção social da aids que a inscreve para além de um evento biológico. Construções discursivas em torno da epidemia têm orientado tanto o desenvolvimento de pesquisas, como a formatação de políticas e as próprias intervenções relacionadas ao tema.

Três momentos discursivos sobre a aids são referidos na literatura científica (Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003; Parker, 2000) como emblemáticos da compreensão que temos elaborado da epidemia e das respostas formuladas para ela. Num primeiro momento, característico dos primeiros casos de aids, no início dos anos de 1980, ganha destaque a noção de *grupos de risco* (homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, haitianos), inspirando práticas de segregação, exclusão e contribuindo para falsa ideia de proteção entre as pessoas que não se consideram fazendo parte dos referidos grupos.

A expansão da aids forçou-nos a construir o conceito de *comportamento de risco* que marca o segundo momento discursivo. O desafio passa a ser o de compreender o novo desenho epidemiológico da aids que atinge pessoas não pertencentes aos tais grupos de risco. As tentativas nesta fase são de isolar o vírus, evitando a sua propagação. Investe-se em estratégias de incorporação de novos hábitos da população, no sentido de evitar comportamentos que tragam risco de infecção pelo HIV.

O terceiro momento discursivo da aids, iniciado no final dos anos de 1990 e presente até nossos dias, é marcado pelo desenvolvimento do conceito de *vulnerabilidade* (Ayres e cols., 2003; Parker, 2000) como recurso para compreensão da epidemia e construção de respostas a ela. Abordam-se três tipos de vulnerabilidade – a individual, a coletiva e a programática – que mantém entre si conexões a serem lembradas diante dos esforços no lidar com a aids. Questões de ordem política e econômica passam a ser consideradas como importantes no enfrentamento da epidemia.

Estudo realizado por Vânia Souza e Dina Czeresnia (2007) discute sobre a prática do

aconselhamento considerando-o implicado com as citadas transformações discursivas da aids. Um discurso preventivo-normativo homofóbico é comum nas ações de enfrentamento da epidemia na primeira fase, coerente com a ideia de que os sujeitos, por características identitárias, eram potencialmente indicados a portar o vírus. Na fase marcada pela abordagem de comportamento de risco, o discurso aparecia menos punitivo que o período anterior, mas ainda dirigido ao comportamento dos indivíduos, com ênfase na adoção de atitudes seguras, como uso de preservativo e não compartilhamento de seringas no uso de droga injetável. Na terceira fase, caracterizada pelo conceito de vulnerabilidade, o discurso é dirigido para, dentre outros aspectos, ações de prevenção, educação, defesa de liberdade e direitos civis.

O aconselhamento, segundo Souza e Czeresnia (2007, p. 545) é inscrito no que chamam de “jogo de ambiguidades entre sistema democrático e coercitivo”, já que envolve tanto práticas regulatórias na relação aconselhador-usuário, como relações mais informais entre os dois atores, escapando à concentração do poder no aconselhador.

Em cada um dos três momentos discursivos a subjetividade é considerada diferentemente, mesmo que de forma implícita. No primeiro deles, os sujeitos são potenciais portadores de HIV/aids por uma marca identitária traduzida por características pessoais que os incluem ou excluem dos tais grupos de risco. Na segunda fase, o sujeito é constituído por marcas culturais, sociais que compartilha com outras pessoas. Na terceira, o sujeito parece interceptado por forças econômicas e políticas que o tornam vulnerável e potencialmente exposto ao vírus HIV.

Ainda assim, vale destacar que essas diferentes construções discursivas sobre o sujeito no campo da aids sugerem, em sua formulação, avanços quanto às concepções de subjetividade nelas implícitas, na direção a uma abordagem mais complexa do sujeito. Atentar para a subjetividade no aconselhamento, portanto, é fundamental para aprimorar ações no enfrentamento do HIV/aids. Uma postura estritamente protocolar, dada como suficiente na resposta a outras epidemias, não se mostra eficaz para o manejo das questões no campo da aids, que se apresentam no momento do aconselhamento. Ao contrário, é no campo político, marcado por forças em disputa, em que se dá o trabalho de aconselhadores. Nossos esforços nessa pesquisa filiam-se à perspectiva defendida por Montero (2009) para uma psicologia política que contribua com a manutenção da condição dinâmica e transformadora da sociedade e indique elementos na direção de uma sociedade melhor, isto é, implicada com a vida e com a democracia.

1.2. Sobre a subjetividade

A noção de eu, de individualidade, no campo da psicologia, tem sido considerada a partir de forte tradição essencialista. Apenas recentemente a questão da subjetividade vem sendo abordada, incluindo nas formulações em torno dela, aspectos da história e da vida social das pessoas, distanciando-se, assim, dos clássicos conceitos de personalidade e identidade (Ferreira Neto, 2004, p.22).

Em sua recente história como campo de saber distinto de outras disciplinas, a psicologia, no cenário da racionalidade científica do século XIX, delimitou o comportamento humano como seu objeto de estudo (Figueiredo & Santí, 2006). Mas, desde sua origem, o que vemos é uma “dança de objetos” na qual o conceito de subjetividade ganha destaque no início do século XX e, no final do mesmo século “se despe de um sentido naturalizado e substancializado de interioridade, passando a ser pensado em termos históricos, sociais e políticos – como produção de subjetividade.” (Prado Filho & Martins, 2007, p.16)

Filiamos nosso estudo a essa perspectiva teórica que considera o sujeito historicamente constituído a partir das complexas tramas da realidade.

Em sua pesquisa histórico-filosófica, Michel Foucault persegue o que se constitui a verdade sobre o sujeito, ou de como os seres humanos se tornaram sujeitos. Desde os diálogos de Sócrates, que orientava Alcebíades a ocupar-se consigo mesmo a fim de saber de que se constitui o bom governo (Foucault, 2006), até as prescrições contemporâneas da ciência que impõem verdades sobre como deve ser a relação consigo (Foucault, 2007a), temos construído modos de ser e de estar no mundo. As confissões cristã e judiciária, segundo Foucault (1993), comuns no ocidente há vários séculos, possibilitaram a construção do saber do sujeito, de uma ciência do sujeito, cujo marco tem sido os discursos sobre sexo e sexualidade.

A construção de subjetividade, para Foucault, deve ser considerada como “imaneente às particularidades culturais e às práticas reais atravessadas pelo social e pelo histórico, sem referência a qualquer organizador transcendente.” (Ferreira Neto, 2004, p.29) O que dizer do sujeito, então, escapa a qualquer determinismo. Somos levados a observar o jogo de forças presente no contexto em questão, buscando identificar o possível percurso da história das verdades sobre o sujeito, que são expressas nos discursos e práticas.

Segundo Foucault (2006), três formas de reflexividade, isto é, do pensamento sobre si mesmo, foram praticadas no ocidente e engendraram, por conseguinte, verdades distintas sobre o sujeito: memória, meditação e método. A reflexividade que tem forma de memória representa, de modo geral, um conjunto de técnicas gregas de estética da existência, marcadas pela máxima do cuidado de si, com ênfase nos atos, na ação. A meditação relaciona-se às

técnicas de busca da verdade interior e renúncia dos próprios desejos, num esforço de purificação, estratégias da pastoral cristã. A reflexividade na forma de método, comum ao sujeito moderno, impõe-se com a exigência de se conhecer, medir, dominar o mundo e o próprio sujeito que se torna objeto a ser apreendido. O mundo e o sujeito deixam, portanto, de serem pensados para serem sistematizados (Foucault, 2006; Ferreira Neto, 2004; Paiva, 2000).

É a partir da pastoral cristã que a questão do governo de si e governo dos outros tem merecido atenção. Do século XVI até final do século XVIII, a arte de governar foi objeto de vários tratados. É o tema da governabilidade que está em foco, e para Foucault (2007b, p. 293), constitui o chamado Estado de Governo que “tem essencialmente como alvo a população e utiliza a instrumentalização do saber econômico, [o que] corresponderia a uma sociedade controlada pelos dispositivos de segurança”.

Desde o século XVIII, a produção discursiva sobre o sexo levou à definição de normas, regras e controles em torno da prática sexual humana, orientadas ou administradas pela medicina, psiquiatria, pedagogia e justiça. É evidente a intrincada relação entre sexo e poder; entre saberes sobre o sexo e o exercício de dominação sobre as pessoas. Relação esta que estaria a serviço do desenvolvimento das nações, pelo controle do seu povoamento, reprodução da força de trabalho e das relações sociais, atendendo, portanto, interesses econômicos. Mecanismos que informam sobre a gestão da vida, a biopolítica. (Foucault, 1993)

No mundo moderno, o poder é exercido como biopoder, isto é, a gestão e maximização da vida é o foco de atenção, em processos dentro e fora dos aparelhos do Estado. As formulações de Foucault sobre uma sociedade em busca da segurança como uma das características do biopoder na modernidade indicam ênfase no corpo físico, alvo de “disciplina entrelaçada com os valores de uma política de mercado e de consumo que tem por objetivo a conduta de sujeitos ativos e reflexivos”. Na racionalidade de governo, segundo essa perspectiva, as noções de risco e prevenção são centrais. (Caliman, 2006, p. 210)

O que está em cena é uma perspectiva de administração do risco, no sentido de dirigir a ele medidas antecipatórias, evitando-o. Nesse contexto, “a saúde torna-se uma estratégia de governamentalidade e, de acordo com o conceito rizomático de poder de Foucault, o dever de proteger é estendido a uma série de instituições que tem [sic] a biopolítica como foco.” (Spink, 2010, p. 48-49)

É importante não perder de vista que essa cartografia do biopoder com ênfase no corpo físico, cujos antecedentes figuram na pastoral cristã, apoia-se na referência à carne como

oposta ao espírito e, ao mesmo tempo, algo da ordem do perigoso. Tanto concepções cristãs, como científicas, além, claro, da própria racionalidade do Estado moderno, tem se utilizado desse arranjo como estratégico para “interpretar comportamentos individuais e coletivos – ainda no campo do cálculo, do risco ou da segurança.” (Rios; Parker & Terto Junior, 2010, p. 207)

É no bojo desse debate que têm sido feitas críticas às tentativas de controle que estão na base do biopoder, como, por exemplo, as dirigidas à defesa do sexo seguro, quando, “na verdade, nada, na esfera da vida, é absolutamente seguro.” (Bastos, 2006, p. 49)

Assim, nos tempos atuais, no momento mesmo em que a carne parece perder força discursiva para se pensar a salvação da alma, o desejo sexual (re)surge triunfante enquanto fator chave para o cálculo dos riscos e salvação da sociedade. Mais uma vez, um lugar privilegiado de intervenção da coletividade sobre o indivíduo, onde o manual das técnicas de si deixa de ser a Bíblia, ou os manuais de higiene sexual dos eugenistas, os tratados dos sexólogos e os escritos dos psicanalistas dos séculos XIX e XX. Agora os manuais são as 'Cartilhas de Sexo Seguro' – sempre incluindo um capítulo sobre métodos contraceptivos! (Rios e cols., 2010:207-208)

Somamos a essas reflexões, contribuições de Félix Guattari e Suely Rolnik (1993) que consideramos coerentes com a abordagem da subjetividade tal como temos formulado, e, ao mesmo tempo, fornecem-nos indicações para uma análise operativa dos textos do MS, objeto deste artigo. Para os autores, a subjetividade capitalística ou maquinica, típica da contemporaneidade, é marcada pela lógica industrial. A subjetivação capitalística produz “sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo.” (Guattari & Rolnik, 1993, p. 27) Não é a superestrutura que produz a subjetividade. Ao contrário, a produção de subjetividade sustenta e mantém as forças produtivas do capitalismo. Os autores põem em destaque a micropolítica como campo, por excelência, da subjetividade, distanciando-se de quaisquer perspectivas que inscrevam esta no campo da representação, ou de uma essência da natureza humana.

Dois modos pelos quais os indivíduos vivem a subjetividade são esquematizados por Guattari e Rolnik (1993), filiando tal construção à ideia de Foucault (2007a) de que o par poder-resistência deve ser considerado quando se aborda essa questão. Em um dos modos, o indivíduo assume os processos de subjetivação tal como produzidos pelo sistema maquinico, expressão de uma relação de alienação e opressão. No outro, o indivíduo produz particularizações em seus processos subjetivos, transgredindo as indicações hegemônicas.

Na análise da economia subjetiva capitalística é estratégico verificar a presença das três funções que a sustentam – culpabilização, segregação e infantilização. A culpabilização se inscreve diante da dificuldade de responder a questões como quem é você? que nos obriga a

assumir a singularidade, atividade “impossível de fazermos sozinhos, pois uma posição implica sempre um agenciamento coletivo.” (Guattari & Rolnik, 1993, p. 41) E, diante da força da desterritorialização que isola e desampara os indivíduos, a tendência então é calar e interiorizar os valores disponíveis pela economia subjetiva capitalística. Diretamente vinculada à culpabilização, a segregação ancora-se na estratégia de que há um campo de valorização social no qual os indivíduos devem se situar. Esse campo, de referências imaginárias, dá consistência subjetiva às elites, segregando, portanto, os indivíduos que não compartilham dele. A infantilização caracteriza-se pela constatação da incapacidade dos indivíduos organizarem suas próprias vidas, a fim de garantir a harmonia. Diante disso, justifica-se a necessidade da tutela do Estado que lhes organiza a vida social, coerente, claro com diretrizes da economia subjetiva capitalística e, por conseguinte, mantendo os indivíduos submissos e dependentes. Esta pretensa harmonia desejada supõe o alijamento de aspectos como raiva, dor, solidão, morte.

A produção de subjetividade hegemônica é apoiada em esquemas de controle e manutenção de *modos de ser* consumidos pelos indivíduos, a partir de forças disponíveis na realidade que sustentam e mantêm interesses de (pretensas) elites. Os processos de singularização tendem a ser eliminados nesse esquema. Entretanto, pontos de ruptura podem ocorrer, como focos de resistência que põem em marcha construções criativas em torno do existir humano. Fugas desse esquema, portanto, são consideradas como tentativas criativas de construir novos agenciamentos de subjetividade, num movimento de resistência à determinação hegemônica.

Em suma, tratamos a subjetividade como produção histórica, inscrita a partir do campo de forças da realidade que inscreve modos de ser para os sujeitos. Estes, por sua vez, além da imposição de verdades sobre si, podem, a partir da resistência, agenciar novas formas de subjetividades não tuteladas, nomeadas de selvagens, alternativas às modeladoras. É importante lembrar, entretanto, que esses processos envolvem uma complexidade que, pelos limites de espaço e objetivo deste artigo, foi apenas indicada, merecendo aprofundamento do leitor interessado. O campo da psicologia política, por exemplo, tem empenhado debates interessantes que trazem material às questões aqui relacionadas. Consideramos, contudo, que os pontos indicados na leitura da subjetividade servem-nos para atender ao propósito de analisar os textos do MS.

1.3. Pesquisando textos do Ministério da Saúde

Tomamos os textos do MS como práticas discursivas a partir das quais podemos reunir elementos e construir reflexões críticas sobre as concepções de subjetividade de usuários de CTA. A produção do MS é material vivo que anuncia verdades sobre o sujeito contemporâneo, no campo da aids. “Não importa saber quem é o autor da formulação, mas se alguém enunciou algo ele só pôde fazê-lo mediante condições estritas que aparecem no regime regulador dos enunciados de uma época.” (Araújo, 2008, p. 105)

Nesse sentido, a análise dos textos do MS informa-nos sobre o campo discursivo que os constituem, sobre os saberes em torno do sujeito do aconselhamento. Entendemos esse posicionamento como lugar de poder de onde o MS lança conhecimento que subsidia o trabalho de aconselhadorees em todo o Brasil.

Foram analisados quatro textos oficiais do MS que apresentam orientações para a prática do aconselhamento, selecionados por serem publicações dirigidas aos profissionais de saúde atuando em Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-Aids (CTA). O primeiro texto data de 1993 e orienta sobre o funcionamento dos COAS (denominação inicial dos CTA); o segundo texto, de 1998 focaliza o aconselhamento em suas diretrizes e procedimentos básicos; os outros textos são de 1999 - um manual com diretrizes para funcionamento dos CTA e um relatório de avaliação da prática do aconselhamento.

Textos subsequentes a estes, que igualmente tematizam o aconselhamento, foram publicados e difundidos pelo MS, com atenção dirigida a aspectos específicos (Brasil, 2003, 2004, 2008; Cepia & UFRJ, 2003). Excluimos de nossa análise estas publicações por identificá-las relacionadas à política de ampliação da testagem e aconselhamento, o que não é objeto de atenção neste artigo.

Essa estratégia de selecionar os textos, entretanto, não deve ser associada a uma pesquisa cronológica, ou a construção de narrativa temporal sobre o assunto. Busca-se, ao contrário, identificar “a processualidade das práticas discursivas” (Spink, 2004, p. 146) em torno da subjetividade no aconselhamento.

Os textos foram lidos várias vezes, situação que possibilitou construir a categorização inicial do material em três grupos: o aconselhamento; a quem se destina; quem o executa. Essa categorização mais ampla teve o objetivo de ser inclusiva ao máximo. Com recursos de editor eletrônico de texto o material foi cortado, sendo cada fragmento identificado no seu final, com o ano da publicação e número da página no texto de origem, de modo que no reordenamento do material essa informação garantiu sua localização (Galindo, 2008; Kelle, 2002).

Na segunda fase da categorização, o material já recortado inicialmente foi classificado em três novas categorias, a partir do objeto foco de cada enunciado: usuário do serviço de saúde; realidade/contexto do usuário; intervenção dirigida ao usuário. Neste artigo, apresentamos a análise e discussão do bloco de material sobre o usuário do serviço de saúde que nos permite abordar sobre subjetividade do usuário. Em que pese a riqueza do material, os outros aspectos não analisados aqui por razões óbvias de restrição de espaço e do objetivo em foco, serão objeto de atenção em publicações posteriores.

Foi realizada análise de discurso observando os conteúdos, a organização e função dos textos, orientada por quatro aspectos principais, a saber: o discurso em si mesmo; uma visão da linguagem como criadora e construída; discurso como forma de ação; organização retórica do discurso (Gil, 2002). Sínteses provisórias do material subsidiaram a análise final apresentada a seguir.

1.4.A subjetividade em textos do Ministério da Saúde

Os textos analisados, à exceção do Manual de Aconselhamento (Brasil, 1998) que tematiza exclusivamente esta prática, acumulam dupla função: a de apresentar orientações para a realização do aconselhamento e a de indicar procedimentos para o funcionamento dos CTA. Destacamos nessa situação, a tendência de se considerar o aconselhamento como mais uma atividade para a qual são indicadas orientações objetivas (como deve ser o espaço físico, o diálogo do profissional com o usuário, as questões abordadas no momento), reduzindo assim, a complexidade dos aspectos que envolvem esta prática.

Nas orientações ao aconselhamento, identificamos que a subjetividade dos usuários é tratada como identidade, pelo enquadramento em categorias que sugerem uma essência. Argumenta-se, com recurso da história, que as primeiras experiências de aconselhamento ocorridas na Inglaterra e Estados Unidos, foram dirigidas a “grupos sociais minoritários, entre estes, homens que fazem sexo com homens.” (Brasil, 1999^a, p. 10) Justifica-se, assim, a necessidade de aconselhamento para pessoas cujas práticas sexuais são consideradas de risco.

A ameaça de infecção pelo HIV é associada a pessoas pertencentes a determinados grupos, cuja identidade se constitui uma marca inexorável. Essa formulação nos remete às construções discursivas no primeiro tempo da aids, cuja noção de grupo de risco orientava os debates científicos e formulações técnicas (Parker, 2000; Ayres e cols., 2003; Souza & Czeresnia, 2007).

Birman (1994, p.111) reflete que a íntima relação entre aids – subjetividade – morte, ao

menos nos primeiros tempos da aids, cria a verdade de que a morte anunciada, por essa síndrome, é consequência imediata do desejo sexual, no caso, o homossexual. Com a aids “renovam-se temores fundamentais que foram construídos no imaginário ocidental pelo Cristianismo [onde se teceram] representações da enfermidade do sexo e do pecado.” Labaki (1996) tece reflexões semelhantes, destacando que sendo associada a homossexuais masculinos, a história da aids no ocidente instala, a partir do preconceito, uma fantasia de invulnerabilidade, com a qual tem convivido boa parte da população que não se reconhece na identidade-de-risco anunciada.

A mudança do perfil epidemiológico da aids parece desmentir a associação práticas homossexuais = risco de infecção, mas não alterar, no material analisado, a relação práticas sexuais-risco, já que se indica ao aconselhamento “homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais praticando sexo com penetração, sem proteção.” (Brasil, 1998, p. 12) O que parece estar em questão é a reprodução de valores que restringem as práticas sexuais à lógica binária em torno do sexo, gênero, sexualidade, cujo enfrentamento merece ser feito pelo respeito à diversidade sexual (Detoni, Marques, Soares & Nardi, 2011).

Consta também nos textos do MS, recomendação para que o aconselhamento e a testagem sejam realizados nas “pessoas com diagnóstico de tuberculose” (Brasil, 1998, p. 12) pela correlação epidemiológica com a aids. Os serviços de pré-natal também devem garantir aconselhamento e testagem para gestantes “em função dos avanços terapêuticos e sua comprovada eficácia na redução da transmissão vertical do HIV.” (Brasil, 1998, p. 12) A subjetividade implícita nessas construções discursivas parece atender aos interesses do Estado de controle das populações já que inclui no quadro de pessoas a serem testadas e aconselhadas, aquelas com características estratégicas para evitar a disseminação do HIV.

Atenção especial nos textos analisados é dirigida às mulheres pelo aumento de número de casos de aids nessa população. O enfoque é reforçar estratégias de prevenção destinadas a esse grupo (Brasil, 1998). Destacamos do material que se refere a mulheres e não a gestantes (por que essa diferença é significativa nos textos) a abordagem de aspectos de ordem simbólica associados a esse grupo, que não encontramos indicado para nenhum dos outros grupos identificados (homossexuais, pacientes com tuberculose, gestantes). Trata-se da orientação para se “reconhecer que estas mulheres passaram por processos diferenciados de construção de sua identidade social e feminina. Muitas mulheres estão vinculadas a uma relação de submissão aos seus parceiros.” (Brasil, 1999b, p. 32) As mulheres são identificadas pela relação com o parceiro sexual e pelas dificuldades de negociar o uso do preservativo, sendo atribuídas a elas fantasias que associam uso do preservativo e infidelidade, por

exemplo. A identidade-mulher é consolidada como heterossexual, em relação sexual estável, com parceiro avesso ao diálogo e negociação. Longe de desprezarmos toda nossa história social machista que rotula negativamente aspectos reconhecidos como da dimensão do feminino, compreendemos que a fragilidade atribuída à mulher, nos textos analisados, parece reproduzir as questões de gênero de nossa sociedade, sem a devida abordagem do tema. Tratar de frente a questão, apoiando-se em dados concretos e assumindo postura crítica diante de *verdades* que se impõem, permitiria melhor compreensão de quem são essas mulheres (Santos e cols., 2002).

Ao sujeito do aconselhamento reconhecido como portador de uma identidade, estão associados mecanismos de produção e manutenção da subjetividade maquínica, típicos de sociedades capitalistas, como os de culpabilização, segregação e infantilização (Guattari & Rolnik, 1993). Complementares, os mecanismos de culpabilização e segregação estão na base da identificação dos sujeitos em torno da aids, contribuindo para o não-reconhecimento de homossexuais, pessoas com tuberculose e gestantes, como seres singulares. Esse arranjo discursivo da identidade do sujeito possivelmente mobiliza sentimentos de culpa e de desterritorialização que somados à estranheza de não pertencer a grupos valorizados socialmente, captura as pessoas numa subjetividade maquínica.

Às mulheres, por sua vez, é disponibilizado o mecanismo de infantilização (Guattari & Rolnik, 1993). Como incapazes de gerirem suas vidas, são prioritariamente cuidadas pelo Estado que lhes possibilitará harmonia. O que, na verdade, implica na garantia, por parte do Estado, de espaços de controle da vida, como o da família, instituição fundamental para manutenção do capitalismo. A tutela das mulheres pelo Estado sugere um considerável investimento para impedir que elas possam acessar pelo pensamento e sentimentos, vivências de conflitos com suas parcerias sexuais, enfim, a gestão, de fato, de suas vidas.

O aconselhamento nesta perspectiva, repetimos - o aconselhamento dirigido ao sujeito portador de identidade definida por suas práticas sexuais - inscreve-se como dispositivo de controle dos corpos, de antecipação às situações de risco, que o Estado de governo agencia como biopolítica, reproduzindo tendência histórica nas sociedades ocidentais (Caliman, 2006; Foucault, 2007b; Rios e cols., 2010; Spink, 2010;). O desafio que se apresenta às instâncias formuladoras de políticas, portanto, é o de considerar essa construção histórica da subjetividade e da biopolítica e, a partir de postura crítica, propor modos de intervenção que integrem a complexidade do tema. Entendemos que um posicionamento ético-político, mais que orientações técnicas, que deve estar na base da consolidação do aconselhamento como prática.

Uma linha discursiva diferente parece sinalizar para a subjetividade não a partir de marcas definitórias e enquadramentos tão caros à ordem capitalística, mas para aspectos da inscrição do sujeito como cidadão. Referido não a partir de suas práticas sexuais, de uma enfermidade (como a tuberculose) ou por gerar uma nova vida (gestante), o sujeito é nomeado como “sujeito participante nas ações de saúde” e reconhecido por “sua subjetividade em interação com o profissional que o atende.” (Brasil, 1998, p. 7) Essa dimensão da cidadania orienta, inclusive, que o serviço de saúde identifique em seu entorno “população-alvo (...) quais as características que tornam um grupo diferenciado em relação ao restante da população e, portanto, necessitando de intervenções específicas e direcionadas.” (Brasil, 1999a, p. 15)

A abertura para se acolher os sujeitos, o que poderíamos supor como acolhida de processos de singularização, não se constitui, entretanto, em discurso consolidado nos textos analisados. Supomos que essa frágil linha alternativa na abordagem do sujeito do aconselhamento tende “a se encaixar de algum jeito nos registros de referências dominantes” (Guattari & Rolnik, 1993, p. 43) de controle das subjetividades maquínicas. Essa hipótese sustenta-se nas indicações de que o aconselhamento se constitui na possibilidade “de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença” (Brasil, 1999a, p. 10) e pela avaliação da fragilidade social do usuário em atendimento (Brasil, 1998). Ambas indicações se referem de forma mais ou menos implícita a um sujeito cuja cidadania está comprometida, o que, portanto, já fragiliza a suposta singularidade. Segundo os textos do MS, para o cidadão se transformar em sujeito da sua saúde e doença são disponibilizadas “informações sobre aids e prevenção [na expectativa de que ele] encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia.” (Brasil, 1999a, p. 10) Para pessoas em contexto de fragilidade social, vivendo em “circunstâncias desfavoráveis à percepção adequada de riscos ou à adoção de medidas de prevenção eficazes” (Brasil, 1998, p. 19) oferecem-se informações e suporte à saúde como estratégia de aumentar seu controle sobre o risco de se infectar, de otimizar ações de cuidado da sua saúde.

A análise mais aprofundada do sujeito-cidadão no aconselhamento sugere que linhas de fuga da subjetividade hegemônica poderiam ser identificadas sob as rubricas usadas nos textos: cidadania, fragilidade social, alternativas coletivas, participação em grupos sociais. Essas linhas, entretanto, não indicam possibilidades de processos de singularização, mas sim, a reprodução da subjetividade maquínica. O que parece estar implícito é a captura dos sujeitos diante da possibilidade de faltarem com sua obrigação de calcular, prever e evitar o risco. O dispositivo do aconselhamento garante o enquadramento das subjetividades, reduzindo o sujeito-cidadão àquele que necessita de informações e suporte para lidar com o contexto da

aids. Os esforços são de redirecionamento da [nova, diferente, selvagem] subjetividade para aquelas referências de identidade enquadrada. Nessa formulação de que faltam informações para o usuário ser sujeito de sua saúde e doença, temos, implicitamente, a veiculação de estratégias de biopoder, isto é, o sujeito é convocado a assumir o controle dos possíveis riscos à sua saúde, para além das unidades de saúde, dos aparelhos do Estado (Caliman, 2006; Foucault, 2007b; Rios e cols., 2010).

Entendemos que os textos do MS informam sobre resistência ao enquadramento do sujeito-identidade, ao abordarem a subjetividade-cidadã. Investir nessa linha de fuga para desenhar a prática do aconselhamento parece estratégico, no sentido de tentar escapar dos mecanismos de controle que capturam tanto os sujeitos, quanto os profissionais de saúde. O desafio que se apresenta, novamente, é o de assumir compromisso ético-político e não reduzir a formulação e execução do aconselhamento a um conjunto de orientações técnicas.

O outro aspecto que merece atenção na análise dos textos, além da categorização dos sujeitos, é a sua expressão na situação do aconselhamento, condição para se promover apoio ao usuário. Os esforços são de convocar os sujeitos a falarem de si, na tentativa de facilitar a “superação de bloqueios subjetivos, permitindo ao cliente avaliar suas reais possibilidades de risco (...), refletir e decidir por medidas preventivas viáveis e buscar melhor qualidade de vida.” (Brasil, 1998, p. 7) O aconselhamento se constitui assim, em “procedimento que permite contato direto com o cliente, considerado estratégia eficaz para intervenções educativas com vistas à mudança de comportamentos de risco e para o manejo da situação de comunicação de diagnóstico.” (Brasil, 1993, p. 6) O sujeito, então, é estimulado a comunicar sobre questões íntimas, pessoais, entendidas como da ordem de uma interioridade que merece ser exposta para, enfim, receber orientações, informações e “mude seu comportamento de risco.” (Brasil, 1999b, p. 37) Vemos nessas orientações a operacionalização do controle de corpos.

Destacamos nessa construção discursiva, os verbos que introduzem a postura esperada do aconselhador e do usuário, indicação da concentração de poder no profissional de saúde. O trabalho do aconselhador consiste em: ouvir, esclarecer, orientar, facilitar, conscientizar, influenciar, induzir, encorajar (a falar), reforçar, contribuir, enfim, é “um meio para inculcação 'mais personalizada' da informação.” (Brasil, 1999b, p. 45) Ao usuário, por sua vez, cabe refletir, verbalizar (dúvidas e receios), detectar e reconhecer (comportamentos de risco), sensibilizar-se (para mudanças), obedecer (às orientações), mudar. A postura do usuário, portanto, remete ao mecanismo de infantilização, pela impossibilidade de reagir à realidade da aids, o que poderá ser revertido pela tutela do aconselhador, representante do Estado nessa

empreitada de controle dos corpos, em nome da segurança e prevenção de riscos.

A intervenção prevista só será suficientemente eficaz, segundo os textos, se o usuário for transparente ao falar seus pensamentos e sentimentos mais íntimos; se expressar dúvidas, medos, incertezas, tabus. Nessa relação, cabem aos profissionais de saúde o uso de linguagem e comunicação clara, objetiva e o estabelecimento de uma relação de confiança permeada por privacidade, sigilo e confidencialidade, na qual o aconselhador tenha uma atitude de escuta. Essa prática aproxima-se da pastoral cristã. Diz Foucault (2007a, p. 230), que “o sexo foi aquilo que, nas sociedades cristãs, era preciso examinar, vigiar, confessar, transformar em discurso.” É a forma-meditação de reflexividade, típica do pastorado cristão, que está em marcha nas orientações. Espera-se que o sujeito opere uma transformação em si, eliminando possibilidades de infecção pelo HIV, desenvolvendo posturas de segurança, preventivas ao risco. Essa prática procura impulsionar o sujeito à renúncia dos desejos e à purificação, a partir da expressão de sua interioridade. De acordo com Foucault (2006, p. 438), na espiritualidade cristã há o desenvolvimento completo da *arte de falar*, segundo a qual “quem é dirigido ou quem é conduzido só passará a ter o direito de falar no interior da obrigação do dizer-verdadeiro sobre si mesmo, isto é, da obrigação da confissão”.

As análises indicam, então, que a subjetividade é considerada como identidade - fixa e classificatória das pessoas - definida a partir das práticas sexuais e reproduzindo o jogo de valores que nossa sociedade tem construído em torno dela. O imperativo para que os usuários falem de si como condição para o sucesso do aconselhamento inscreve essa prática no legado da pastoral cristã. O agenciamento da subjetividade no sentido de enquadrá-la e submetê-la ao pastoreio é garantido pelos mecanismos de culpabilização, segregação e infantilização engendrados pela lógica capitalística da contemporaneidade, expressos nas orientações dos textos. Resistindo a este modelo e insistindo em escapar a enquadramentos, a subjetividade-cidadã, que é indicada a partir de uma tênue linha, parece se constituir em alternativa de intervenção, no sentido de possibilitar a expressão de singularidades.

1.5. Desafios ao Aconselhamento em HIV/Aids

O aparente paradoxo no qual se inscreve a prática do aconselhamento em HIV/aids, de acolher, ouvir e apoiar os sujeitos e normatizar comportamentos com objetivo de barrar a cadeia de transmissão do HIV, é apenas aparente. Os textos reproduzem a construção histórica do ocidente que inscreve a sexualidade como constitutiva da subjetividade, e como algo que deve ser dito, confessado, controlado. Os sujeitos assim reconhecidos tendem a ser

enquadrados e modelados a partir de processos hegemônicos de construção de subjetividade maquínica. Entretanto, pessoas não funcionam como máquinas! E os dados epidemiológicos ao indicarem que os números de casos de infecção por exposição sexual ainda são um desafio a ser superado, sugerem que vale à pena investir no aprofundamento do debate subjetividade-aids e evitar, nos textos que orientem os profissionais de saúde, recomendações diretivas, meramente técnicas, como se isso fosse suficiente na construção da intervenção.

A busca de segurança que consta nas orientações dos textos do MS inscreve-se como estratégia de biopoder, isto é, cada pessoa deve ter a responsabilidade por sua saúde, eliminar riscos, antecipar-se a eles. Essa lógica parece eximir o papel do Estado e inverter a regra do direito à saúde. “Neste novo cenário de economia tipicamente neoliberal, cada indivíduo torna-se responsável por sua saúde. Direito torna-se dever: o dever de manter-se saudável.” (Spink, 2010, p.52)

Vale à pena, contudo, destacar que, ao reconhecerem processos que consideramos de resistência diante dessa dinâmica, os textos parecem sugerir novos modos de abordar a subjetividade. É o que identificamos nas formulações em torno do sujeito-cidadão. Como uma linha de fuga, esse fio de inscrição do sujeito do aconselhamento liga-o a uma coletividade, grupos de referência, supondo história singular, valores que o marcam. Talvez, investindo nesse caminho de abordagem do sujeito, como agente ativo de sua realidade, o aconselhamento possa (re)escrever seu papel como estratégia de emancipação e não de controle das subjetividades. Nesse contexto, as formulações em torno do conceito de sujeito-social (Barus-Michel, 2004) poderiam contribuir para se compreender as dinâmicas subjetivas das coletividades, distanciando do campo de atenção aspectos da individualidade propriamente dita. Abordagens psicossociais construídas no cenário brasileiro (Vasconcelos, 2008; Pereira, 2001) também poderiam colaborar na revisão da prática do aconselhamento. Nessa torção da prática do aconselhamento, o sujeito seria concebido como inscrito numa realidade e num campo de forças, o que demanda a adoção de uma postura que incorpore a complexidade na abordagem da questão, tanto no que se refere à formação de aconselhadores, quanto na própria prática do aconselhamento.

Para o leitor interessado em aprofundar estudos sobre a questão em foco, é importante o acesso a produções que abordem outros aspectos do tema, dentre eles, a experiência do usuário do serviço de saúde e aspectos ligados ao trabalho dos profissionais (Paiva, 2002; Oliveira, Landroni, Silva, Ayres, 2009; Ayres e cols., 2009;). É importante ter presente também, que a singular história brasileira de resposta à aids tem acolhido demandas da sociedade civil organizada para a formulação das estratégias e ações políticas, conforme

indicam Monteiro e Villela (2009) em sua análise da construção do Programa Brasileiro de DST/Aids. Pensar os desafios que a abordagem do aconselhamento nos apresenta, convidamos a considerar a própria dimensão política de participação, reivindicação e construção de respostas, por parte da população, em seu pleno exercício de cidadania. Coerente com a perspectiva complexa que assumimos o material aqui exposto, portanto, deve ser considerado como uma das entradas possíveis à leitura da situação estudada, nunca como a única.

Finalmente, concluímos que a análise dos textos do MS se constitui em interessante instrumento com capacidade de animar reflexões e levantar questionamentos à prática do aconselhamento. O material apresentado neste artigo pode colaborar nas discussões sobre conteúdos a abordar e como fazê-lo em textos de difusão nacional. Além disso, pode contribuir no planejamento de ações para formação de aconselhadores. Enfim, esse tipo de pesquisa pode contribuir estrategicamente no debate sobre a construção de respostas ao HIV/aids.

Referências

- Araújo, C. L. F. & Camargo Jr., K. R. (2004) *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.
- Araújo, I. (2008) *Foucault e a crítica do sujeito*. 2ª ed. Curitiba: Ed. da UFPR.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Segurado, A. A. C., Galano, E., Marques, H. H. S., França Júnior, I., Silva, M. H., Della Negra, M.; Silva, N. G., Gutierrez, P. L., Lacerda, R. & Paiva, V. (2009) Adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids: cuidado e promoção à saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. In Ayres, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO.
- Barus-Michel, J. (2004) *O sujeito social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Bastos, F. I. (2006) *Aids na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Birman, J. (1994) A sexualidade entre o mal e as maledicências. In Loyola, M. A. *Aids e sexualidade: o ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ.
- Birman, J. (2006) *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil (2003) *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004) *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008) *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do distrito sanitário especial indígena*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012) *Boletim Epidemiológico Aids-DST: versão preliminar*. Ano VIII, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1993) *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1998) *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. (3ª ed.) Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999a) *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999b) *Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde – avaliação de*

ações. Brasília: Ministério da Saúde.

- Caliman, L. V. (2006) Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault. In Jacó-Vilela, A. M., Cerezo, A. C. & Rodrigues, H. B. C. (orgs.) *Clio-Psyché – subjetividade e história*. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas.
- Cepia & UFRJ (2003) *Trabalhando com Mulheres e Aids - Cartilha de orientação para multiplicadores*. Rio de Janeiro: Cepia. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Detoni, P. P., Marques, D. M., Soares, L. V. & Nardi, H. C. (2011). As Formas do “fazer psi” e a Constituição das Políticas Públicas Associadas à Diversidade Sexual. *Psicologia Política*, 11(22), 279-294
- Ferreira Neto, J. L. (2004) *A formação do psicólogo: clínica social e mercado*. São Paulo: escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Figueiredo, L. C. & Santí, P. L. R. (2006) *Psicologia: uma (nova) introdução*. (2ª ed.) São Paulo: EDUC.
- Foucault, M. (2007b) Governabilidade. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. [Original Publicado em 1979]
- Foucault, M.(1993) *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. (11ª ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M.(2006) *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007a) Não ao Sexo Rei. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. [Original Publicado em 1979]
- Galindo, W.C.M. (2008) *Intervenção Rural e Autonomia – a experiência da Articulação no Semi-Árido/ASA em Pernambuco*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Gil, R. (2002) Análise de discurso. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1993) *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Kelle, U. (2002) Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Labaki, M. E. P. (1996) Aids: uma clínica da indagação. *Cadernos de Subjetividade*. 4 (1º e 2º semestre de 2006), 153-161.
- Monteiro, A L. & Villela, W. V. (2009). A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. *Psicologia Política*, 9(17), 25-45
- Montero, M. (2009) ¿Para qué Psicología Política? *Psicologia Política*. Vol. 9. n° 18. pp. 199-

213.

- Oliveira, L. A., Landroni, M. A. S., Silva, N. E. K. & Ayres, J. R. C. M. (2009) Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. In Ayres, J. R. C. M. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO.
- Paiva, V. (2002) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 25-38.
- Paiva, A. C. S. (2000) *Sujeito e Laço Social – a produção de subjetividade na arqueogenealogia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria de Cultura e Desporto do Estado.
- Paiva, V. (2008) A Psicologia redescobrirá a Sexualidade? *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13(4), 641-651.
- Parker, R. (2000) *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pereira, W. C. C. (2001) *Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática*. Belo Horizonte: Vozes: PUC Minas.
- Prado Filho, K. & Martins, S. (2007) A Subjetividade como objeto da(s) Psicologia(s). *Psicologia & Sociedade* 19(3), 14-19.
- Pupo, L.R. (2007) Aconselhamento em DST/Aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. *Dissertação de Mestrado em Ciências*. São Paulo: USP.
- Rios, L. F., Parker, R. & Terto Junior, V. (2010) Sobre as inclinações carnavais: inflexões – do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20 (1), 195-217.
- Santos, N. J. S., Buchallab, C. M., Fillipea, E. V., Bugamellia, L., Garcia, S. & Paiva, V. (2002) Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 36(4 Supl), 12-23.
- Souza, V. & Czeresnia, D. (2007) Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 11(23), 531-48.
- Spink, M. J. (2010) Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*. 12(1), 41-56.
- Spink, P. (2004) Análise de documentos de domínio público. In Spink, M.J. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano- aproximações teóricas e metodológicas*. 3ª ed. São Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, E. M. (2008) *Abordagens Psicossociais Volume 1: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.

2. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/Aids⁷

Reflections on HIV/Aids counseling

Resumo: O artigo analisa recomendações do Ministério da Saúde ao trabalho de profissionais de saúde-aconselhadores em HIV/Aids, no Brasil. Reconhece na recente história brasileira em defesa da saúde como direito (em especial nos movimentos de reforma sanitária e de resposta ao HIV/Aids), as condições de emergência do aconselhamento como dispositivo em saúde pública. Análise de discurso de três textos do Ministério da Saúde sobre orientações ao trabalho de aconselhadores aponta para ênfase à atuação e formação desses profissionais. Perspectiva diretiva e reducionista nas recomendações é associada à racionalidade instrumental típica da lógica capitalista do trabalho, tendência que se distancia dos referenciais político-ideológicos daqueles movimentos que estão na base da formulação do aconselhamento como política pública. Argumenta-se a favor de abordagem psicossocial no aconselhamento, caracterizada pelo encontro intersubjetivo entre trabalhador e usuário.

Palavras chave: aconselhamento; aids; pessoal de saúde

Abstract: The article analyses the Health Ministry recommendations to health professionals/advisors working with HIV/AIDS in Brazil. It attests the recent Brazilian policy of protecting the right to Health for its citizens. It also recognizes emergency counseling as a necessity for public health highlighting the special efforts made through sanitary health campaigns and response to HIV/AIDS. Three documents with guidance from the Health Ministry on the work developed by counselors recommend special attention to the development and performance of such professionals. A direct perspective and a reduction in the recommendations are linked to the typical instrumental rationalism found in the logics of labor capitalism. This is a trend that distances itself from the political-ideological references found in grassroots movements associated with counseling as public policy. A psychosocial approach through the intersubjective meeting between counselor and usuary is encouraged.

Key-words: counseling; aids; health personnel

⁷ Artigo elaborado com coautoria de Ana Lúcia Francisco e Luís Felipe Rios a ser submetido à publicação.

2.1. Apresentação

O objetivo desse artigo é discutir sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/aids. Para tanto, analisa recomendações do Ministério da Saúde (MS) para aconselhadore em HIV/aids. Preconizado (Brasil, 1999; 1998; 1993) para ocorrer antes da coleta de sangue (pré-teste) para exame anti-HIV e após, na entrega do resultado (pós-teste) em unidades de referência, os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST-Aids/CTA, o aconselhamento consiste em espaço de diálogo entre aconselhador e usuário do serviço de saúde, no qual são abordadas informações, realizada avaliação de riscos e disponibilizado apoio emocional.

Assim apresentado, o aconselhamento até parece um dispositivo indiscutível, elaborado em mesas de formuladores de políticas como estratégico no enfrentamento da aids. No entanto, consideramos a sua construção inscrita na recente história brasileira de institucionalização da saúde como direito universal e dever do Estado e, portanto, atravessada por aspectos da realidade social.

Este artigo é composto de quatro partes. Na primeira, de modo a situar o leitor sobre a inscrição do aconselhamento como dispositivo de promoção de saúde, apresentaremos muito brevemente aspectos da história brasileira de Reforma Sanitária, de Resposta ao HIV/aids e elementos do debate sobre a Clínica em saúde pública. Na segunda parte do artigo indicamos os procedimentos utilizados na seleção, tratamento e análise de documentos do MS que fazem recomendações a aconselhadore. A terceira parte contém a análise propriamente dita dos textos do MS. Considerações finais constam na conclusão do artigo.

2.2. Aconselhamento em HIV/aids

Consideramos como marco histórico para discutirmos o aconselhamento, o processo de (re)democratização do Brasil. Movimentos de resistência ainda nos anos mais duros dos governos militares sustentam proposições no campo da saúde, que mais concretamente puderam se expressar a partir de 1980, ano emblemático do início da abertura política. Tanto o movimento sanitarista (Minayo, 2001), quanto o de resposta ao HIV/aids (Parker, 2003), além dos debates em torno de uma clínica psi alternativa ao modelo liberal (Ferreira Neto, 2004) têm origem na mobilização social e em iniciativas pontuais da sociedade civil.

Reforma sanitária

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil reuniu, nos anos de 1970, na militância política, profissionais, intelectuais, políticos, técnicos, movimentos sindicais e sociais.

Posicionava-se criticamente diante da íntima relação entre atenção à saúde e capital, que marcara a realidade brasileira desde o início do século XX (Vasconcelos, 2008; Baptista, 2005; Minayo, 2001).

Nos anos dos governos militares, o setor médico empresarial, por exemplo, recebeu a maior parte de recursos federais para a assistência em saúde. É desse período que o modelo hospitalocêntrico se consolida como ideal para o tratamento de saúde (Minayo, 2001). Entretanto, o movimento de reforma sanitária, com o objetivo de alterar o sistema de saúde vigente, identifica-o como ineficaz e ineficiente, de cunho curativista, privativista, excludente, impermeável à participação da sociedade nas decisões e controle de suas ações (Silva; Lima, 2005).

Com o processo de abertura política no Brasil, a partir dos anos de 1980, o movimento sanitário consolida seus princípios a partir da elaboração de teorias (Baptista, 2005) e realização de experiências (Vasconcelos, 2008). É marco desse período, a realização da 8ª Conferência de Saúde, em 1986, cujo Relatório subsidiou parlamentares na formulação da Constituição de 1988. Desse processo é instituído o Sistema Único de Saúde/SUS, em 1990 (Lei 8080) com proposições que versam sobre elementos operacionais (acesso dos cidadãos; organização de oferta de serviços), estratégicos (integralidade das ações, gestão participativa), além da concepção de promoção de saúde e não a de cura da doença como norteadora das ações (Vasconcelos, 2008; Baptista, 2005; Minayo, 2001).

A implementação do SUS, ainda na Nova República, contou com “integrantes do movimento sanitário [que] passaram a ocupar cargos de expressão no âmbito político-institucional do Estado (...), coordenando as políticas e negociações no setor saúde e previdenciário” (Baptista, 2005, p.30). Muitos desafios têm acompanhado a implementação do SUS, cuja contradição - prática pública universal x realidade social marcada pelos ideais neoliberais do Estado -, tem sido objeto de atenção de alguns autores (Carvalho, 2009; Minayo, 2001).

Embora aspectos de ordem econômica, política, ideológica teçam a rede que, ao mesmo tempo, sustenta e dificulta a implantação do SUS, na opinião de Minayo (2001, p.36) a maior problemática na consolidação do Sistema está na relação dos usuários com as suas diversas instâncias. Alteração nesse quadro implica mudanças na “hegemônica e bastante auto-suficiente cultura da racionalidade biomédica”. Os mesmos atores sociais (trabalhadores da saúde) que estão envolvidos em outros espaços de transformação, quando diante dos usuários “sucumbem porque a relação de poder, de assimetria e de não valorização da lógica dos usuários é algo naturalizado nos serviços de saúde” e, portanto, extremamente difícil de

alterar.

A história da reforma sanitária, portanto, se constitui em referência importante para pensarmos o trabalho de aconselhadorems em HIV/aids.

Resposta ao HIV/aids

Enquanto os princípios do movimento sanitarista eram consolidados, no bojo do processo de (re) democratização do Brasil, os primeiros casos de aids surgiam no país. Essa realidade exigia respostas rápidas e eficazes, mas não foi exatamente assim que as coisas aconteceram.

É inegável que a postura brasileira de integrar prevenção e assistência na resposta ao HIV/aids (Bastos, Hacker, 2006; Mattos, Terto Júnior, Parker, 2003) estava em consonância com o movimento sanitarista. Em contrapartida, merece destaque a negação com que funcionários do governo lidaram com a situação, ao menos na fase inicial, no começo dos anos de 1980. Some-se a esse quadro, declarações moralistas de líderes religiosos e uma onda de pânico e discriminação que tomou a população em torno da desconhecida aids (Parker, 2003).

Tal como o movimento sanitarista, as respostas ao HIV/aids vieram, inicialmente, da sociedade – de representantes das comunidades afetadas pela aids, como movimentos de direitos de gays; e de setores progressistas nos serviços de saúde pública em estados e municípios. A formulação de respostas à aids esteve atravessada por decisões políticas, alocação de recursos financeiros, valores culturais (Parker, 2003).

Experiências de Ong's, ainda no final dos anos de 1980 e início de 1990, instigaram a ideia de solidariedade, enfrentando o clima de exclusão e estigma vigente na sociedade e pautando os debates sobre a questão em torno de noções como direitos humanos e civis. (Parker, 2003)

A literatura científica (Souza, Czeresnia, 2007; Ayres et. al., 2003; Parker, 2000) tem indicado três construções discursivas na história social da aids. Em cada momento um elemento se destaca (grupos de risco, comportamento de risco, vulnerabilidade), se bem que uma nova construção discursiva não exclui a(s) anterior(es).

Em consonância com essas construções, três tendências ou abordagens distintas fundamentam pesquisas e formulação de políticas em HIV/aids. Na revisão desse tema, Parker (2000, p.68) argumenta que no primeiro momento (início dos anos de 1980), a noção de comportamento ocupa o centro da atenção de pesquisadores e formuladores de políticas. Os estudos focalizavam a relação entre comportamento e psicologia individual, assumindo a tarefa de conhecer atitudes e práticas associadas ao risco de infecção. A construção de intervenções – inicialmente nos Estados Unidos e depois em outros países - foi baseada, por

exemplo, na Teoria da Ação Racional e na Teoria do Aprendizado Racional, com ênfase em dar “aos membros de grupos da população alvo o conhecimento e informações adequados sobre o risco de infecção pelo HIV, e aumentando sua percepção e conscientização do risco para estimular o processo decisório racional.” Mas, o trabalho informativo, foco desse paradigma, não se mostrou eficaz, o que contribuiu para constatação de que utilizar noções da psicologia individual como base para os programas de intervenção não era suficiente para provocar as mudanças esperadas.

É no final da década de 1980 que passa a ficar claro que a psicologia individual não poderia explicar ou mobilizar a mudança de comportamentos e que aspectos sociais e culturais mediavam a estrutura de comportamento de risco nos diversos grupos populacionais. Atentar para essas questões mais amplas tornou-se estratégico. (Parker, 2000) A ênfase das pesquisas sobre os caminhos do HIV/aids, portanto, desloca-se para a *cultura*, sendo imprescindível compreender símbolos e significados intersubjetivos associados à sexualidade e ao uso de drogas - canais de infecção. Teorias sobre representações sociais e coletivas ganham destaque na tentativa de compreender como grupos, comunidades interpretam informações sobre aids e, por conseguinte, as incorporam em ações, comportamentos. Assim, o foco da intervenção muda do comportamento em si, para os ambientes culturais que os organizam; das intervenções individuais para as comunitárias.

O terceiro paradigma que ganha espaço a partir do final dos anos de 1990 e orienta formatação de políticas e pesquisas até hoje, focaliza a *política* como elemento a ser analisado na disseminação do HIV. Aspectos de ordem política e econômica sinalizam para a complexidade das causas da aids. Para subsidiar as análises sobre os caminhos que tem tomado o HIV são realizados estudos sobre vulnerabilidade coletiva e individual; reflexões sobre questões de economia política que indiquem diretrizes que possam contribuir para situações de vulnerabilidade; investigações sobre como as comunidades afetadas pelo HIV têm respondido a esta realidade. Segundo Parker (2000, p.75) esses estudos implicam em reformulações importantes nas atividades de prevenção e assistência, cujo um dos significativos impactos é o de considerar a intervenção “em termos políticos além de técnicos”.

A história da resposta brasileira à aids indica esforços em propor intervenções mais consistentes no enfrentamento da disseminação do HIV. Entendemos que a orientação para que o aconselhamento seja garantido às pessoas que buscam o exame anti-HIV expressa parte desses esforços.

Clínica em saúde pública

O aconselhamento em HIV/aids pode ser realizado por profissionais de saúde não-psicólogos, mas é sobretudo nos conhecimentos e tecnologias desenvolvidas no campo *psi* que essa prática se apoia para se constituir como estratégia de intervenção (Parker, 2000).

Além das mobilizações sociais pela reforma sanitária e das reivindicações em torno do enfrentamento do HIV/aids, destacamos críticas à clínica *psi*, que proporcionaram alterações significativas nesta prática, como mais um aspecto a ser somado ao quadro analítico que estamos construindo em torno do trabalho em aconselhamento.

Na década de 1980 são mais sistematicamente dirigidas críticas à implicação da clínica *psi* com a manutenção do capitalismo e, por conseguinte, não atendendo interesses da maioria da população. Nesta época, reivindicações de movimentos sociais organizados alteram “a relação de força [...] impondo diálogo e alianças entre Estado e sociedade civil”, trazendo à cena demandas sociais diferentes daquelas das classes mais abastardas (Ferreira Neto, 2004, p.167).

Desde os anos de 1990 com a instituição do SUS, a clínica em Psicologia na saúde pública tem assumido o desafio de se re-inventar diante do quadro de demandas distinto daquele da clínica privada (Campos, Guarido, 2010).

Entendemos que a noção de clínica nas ciências humanas, de forma geral, defende atenção ao sentido que os sujeitos constroem para sua realidade (Barbier, 1985). A *démarche* clínica envolve mais do que métodos e técnicas, definindo-se como um posicionamento global em relação ao outro que nos demanda algo. Ouvir este pedido implica também, atentar para as relações de saber e sua elaboração por parte de quem demanda (Lèvy, 2001), indicando-nos “novas cartografias subjetivas” em curso (Francisco, Barbosa, 2008, p.16). A noção de clínica, então, inscreve-se como atitude, posicionamento. Desloca-se de um referencial meramente técnico, para uma perspectiva ético-política.

Somam-se às nossas reflexões sobre a clínica na saúde pública, as observações de Traverso-Yépez (2008) de que nas sociedades capitalistas a saúde é capturada pela lógica de mercado e é explorada como um tipo de mercadoria. Assiste-se ao desenvolvimento de tecnociências e o de produtos a serviço da saúde, o que, infelizmente, muitas vezes deixa de alado aspectos subjetivos do usuário, do trabalhador de saúde e da relação entre eles.

Merhy (2009; 2007) tem se dedicado ao estudo da “micropolítica do processo de trabalho em saúde”, que, caracterizado pela produção não material, tal como o trabalho em educação, é constituído e consumido no próprio momento em que está sendo executado, ao que o autor chama de “trabalho vivo em ato”. Diferencia-se, então, da produção material capitalista, típica

da indústria. O acolhimento e o vínculo são tecnologias do trabalho em saúde, nomeadas pelo autor de *tecnologias leves* diferentes das *duras* (equipamentos) e das *leves-duras* (saberes tecnológicos estruturados).

Segundo Merhy (2009) no encontro do trabalhador de saúde com o usuário dá-se um *espaço intercessor* (inspirado no conceito de intercessores de G. Deleuze), que só ocorre em ato. O esforço de “descobrir os tipos de encontro em ato que se constituem e os distintos eixos de força que operam no seu interior” (Merhy, 2009, p.287), possibilitará ao trabalhador conhecer forças instituintes em disputa e, assim, compreender a dinâmica do processo de trabalho. Sugere-se que os trabalhadores se utilizem de *dispositivos interrogadores* e assumam a tarefa de refletir sobre questões fundamentais para a configuração de qualquer modelo de atenção em saúde que se preocupe com o usuário: o modo como o trabalhador usa sua capacidade e autonomia de autogovernar seu trabalho; o duvidar do “sentido dos modelos instituídos capturadores”. Esse exercício apoiará o trabalhador em saúde a conduzir sua prática segundo pressupostos éticos-políticos e avançar na construção de modelos de atenção comprometidos com o usuário.

Ao reunirmos fragmentos da história recente brasileira, a partir de três dimensões (reforma sanitária; resposta ao HIV/aids; clínica em saúde pública), parece plausível considerar que, a partir da década de 1980 um interessante processo de repensar a subjetividade e o modo de lidar com os sujeitos (no campo da saúde, dentre outros) vem se instalando no país. Como as recomendações dos Manuais do MS dialogam com esta realidade, é o que veremos a partir das análises realizadas.

2.3. Caminhos percorridos na apreciação dos textos do MS

Três textos oficiais do MS que apresentam orientações para o aconselhamento compõem o material de análise. O primeiro texto, de 1993, orienta sobre o funcionamento dos COAS (denominação inicial dos CTA); o segundo texto, de 1998 (com primeira publicação em 1997) focaliza o aconselhamento em suas diretrizes e procedimentos básicos; o de 1999 é um manual com diretrizes para funcionamento dos CTA. Textos subsequentes a estes, que igualmente tematizam o aconselhamento, foram publicados e difundidos (Brasil, 2008, 2004, 2003), mas os associamos à política de ampliação da testagem e aconselhamento, por isso os excluímos da análise.

Tomamos os textos do MS como práticas discursivas a partir das quais podemos reunir elementos e construir reflexões críticas sobre recomendações a aconselhadores. A produção

do MS é material vivo que anuncia *verdades* sobre a intervenção no campo da aids. “Não importa saber quem é o autor da formulação, mas se alguém enunciou algo ele só pôde fazê-lo mediante condições estritas que aparecem no regime regulador dos enunciados de uma época” (Araújo, 2008, p.105). A análise dos textos do MS informa-nos, portanto, sobre o campo discursivo que os constituem, sobre os saberes em torno do fazer profissional do aconselhador. Entendemos esse posicionamento como lugar de poder de onde o MS lança conhecimento que subsidia o trabalho de aconselhadores em todo o Brasil.

A seleção dos textos para análise neste artigo, entretanto, não deve ser associada a uma pesquisa cronológica, ou à construção de narrativa temporal sobre o assunto. Busca-se, ao contrário, identificar “a processualidade das práticas discursivas” em torno do trabalho de aconselhadores (Spink, 2004, p.146).

Os textos foram lidos várias vezes, situação que possibilitou construir a categorização inicial do material em três grupos: o aconselhamento; a quem se destina; quem o executa. Essa categorização mais ampla teve o objetivo de ser inclusiva ao máximo. Com recursos de editor eletrônico de texto o material foi cortado, sendo cada fragmento identificado no seu final, com o ano da publicação e número da página no texto de origem, de modo que no reordenamento do material essa informação garantiu sua localização (Galindo, 2008; Kelle, 2002).

O material já recortado inicialmente foi classificado, numa segunda fase, em três novas categorias, a partir do objeto foco de cada enunciado: usuário do serviço de saúde; realidade/contexto do usuário; intervenção dirigida ao usuário. Neste artigo, abordamos o material sobre a intervenção dirigida ao usuário, que nos permite discutir sobre a postura esperada de aconselhadores.

Foi realizada análise de discurso, observando os conteúdos, a organização e função dos textos, orientada por quatro aspectos principais, a saber: o discurso em si mesmo; uma visão da linguagem como criadora e construída; discurso como forma de ação; organização retórica do discurso (Gil, 2002). Sínteses provisórias do material subsidiaram a análise final apresentada a seguir.

2.4. Recomendações do MS a aconselhadores

Os textos analisados são dirigidos tanto aos profissionais que executam o aconselhamento, quanto aos gestores responsáveis pela formação de aconselhadores. Têm claramente o formato de *Manuais* cujos conteúdos, na grande maioria das vezes, são anunciados de forma

diretiva, como regras a cumprir. Destacamos, nos textos, as recomendações que abordam a atuação dos aconselhadores. Aspectos relacionados à *identificação e formação* desses profissionais, além de questões sobre o *impacto* do aconselhamento também são objeto de análise.

Identificados como “profissionais de nível superior capacitados para realizar ações de aconselhamento individual e coletivamente” (Brasil, 1999, p.13), espera-se dos aconselhadores “consistência, uniformidade e precisão da informação prestada”, além da disponibilidade de tempo para atender ao usuário (Brasil, 1993, p.6). O trabalho do aconselhador consiste em informar, avaliar riscos e prestar apoio emocional. Essas indicações são apresentadas de forma diretiva, o que se nota no recurso de verbos no infinitivo ao anunciá-las, como: estimular, comunicar, explicar, demonstrar, avaliar, reforçar.

O profissional de saúde-aconselhador é o agente ativo da relação, é quem dirige ações ao usuário, enquanto este é apresentado como passivo, aquele que recebe a intervenção. Esse encontro parece ser marcado por um circuito instrumental conduzido pelo aconselhador, no qual o usuário recebe (informações, atenção, orientações) para produzir mudanças (de comportamentos, opinião, concepções).

Diferentes ações do aconselhador são previstas, considerando especificidades de situações e de público. O aconselhamento pré-teste coletivo tem diferenças em relação ao individual; o resultado do exame, se positivo ou negativo, também exige procedimentos específicos; são preconizados procedimentos distintos, diante, por exemplo, de mulheres com resultado negativo, mulheres soropositivas, gestantes soropositivas (Brasil, 1999, 1998, 1993).

As especificidades esperadas na atuação do aconselhador parecem implicadas com a meta mais geral do aconselhamento, de focalizar o envolvimento individual de usuários, com a prevenção da aids. Estes “têm papel importante no controle da expansão da epidemia, adotando comportamentos mais seguros, a fim de evitar que se infectem ou que transmitam o vírus para seus parceiros e parceiras.” (Brasil, 1999, p.8)

Ao aconselhador, portanto, recomenda-se postura adequada em cada circunstância específica (tipo de atendimento; características do usuário; tipo de resultado), no sentido de manejar informações e atenção ao usuário, atingindo a meta de modificar comportamentos. Organizadas assim, as recomendações são marcadas pela racionalidade instrumental típica da organização capitalista do trabalho que, no caso em foco, parece se impor ao campo da saúde. A ênfase na postura a ser assumida pelo aconselhador indica uma ação *quase mecânica* que pode ser preconizada minuciosamente pelo desempenho presumido e orientado em cada procedimento pautado.

Tal estrutura evoca-nos à lembrança um pátio de fábrica com engrenagens movidas por movimentos repetitivos dos operários em rígidos turnos de trabalho, quase como se aquilo tivesse vida própria. Essa imagem da produção industrial distancia-se dos princípios e diretrizes dos movimentos brasileiros de reforma sanitária e de resposta ao HIV/aids, em cujas bases ideológicas situam-se críticas contundentes a programas e políticas de saúde implicadas com interesses do capitalismo. Por conseguinte, distancia-se das condições de emergência do aconselhamento como dispositivo de resposta ao HIV/aids, em cuja história, contou com o protagonismo da população na reivindicação por respostas e no controle social de políticas.

Assim, as recomendações à prática do aconselhamento em HIV/aids, parecem reproduzir a lógica capitalista (Vasconcelos, 2008), que *submete* o trabalhador ao ritmo cadenciado de produção em série, típico do que Merhy (2007) chama de trabalho morto. Esse mecanismo é o contrário do que destacamos como referência ao trabalho em saúde, cuja dinâmica o caracteriza como trabalho vivo, não material, “operando com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção” (Merhy, 2009, p.49).

Nos textos do MS, o impacto do trabalho de aconselhadores é esperado em mudanças no comportamento dos usuários. Cabe ao trabalhador “estimular a continuidade dos comportamentos e práticas sem risco para os indivíduos soronegativos; e facilitar a busca de serviços clínicos, estimulando a mudança de comportamentos ou práticas de risco, para os soropositivos” (Brasil, 1993, p.5). O aconselhamento é entendido como oportunidade de “realizar reflexão sobre riscos, práticas seguras, mudança de comportamento” (Brasil, 1999, p.15).

As indicações de que o aconselhamento deve intervir no comportamento dos usuários são coerentes com o que Parker (2000, p.68) descreve como o primeiro (e insuficiente!) paradigma na abordagem da aids, o que enfatiza o comportamento e sua relação com uma psicologia individual, cuja meta é “persuadir as pessoas a mudar seu comportamento de maneira a reduzir o risco de infecção”.

Abordar a complexidade da questão a partir do manejo de elementos de uma psicologia individual é reducionista, além de sugerir discriminação das pessoas, segregação, já que passam a ser responsabilizadas pela infecção. Ora, tal posicionamento político foi extremamente combatido nas lutas do movimento sanitário e das reivindicações por respostas ao HIV/aids, no Brasil. Reflexões críticas sobre o campo de forças no qual são tomadas decisões quanto alocação de recursos, formulação de políticas, além de como deve ser o

atendimento à população são imprescindíveis para se compreender o fenômeno em foco e se construir proposições para a prática dos trabalhadores de saúde. Alguns trabalhos têm sido sistematizados nessa direção, como os que abordam o impacto do conceito de vulnerabilidade (Ayres et. al., 2003; Matida, 2003) e de cuidado (Ayres, 2009) nas práticas em saúde e os que defendem a inclusão do tema sexualidade na formulação de intervenções no campo do HIV/aids (Rios, 2003; Paiva, 2002).

A postura diretiva dos Manuais está presente nas orientações aos trabalhadores, como: “demonstrar o uso da camisinha” (Brasil, 1993, p.7); “identificar barreiras para a mudança das situações de risco” (Brasil, 1998, p.12); “estimular a auto-estima e auto-confiança do cliente; favorecendo o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV/aids” (Brasil, 1998, p.12).

Subtende-se que esses procedimentos são aplicáveis, tal como se maneja um equipamento, com ações conhecidas *a priori*, pelos trabalhadores. Ora, trata-se de questões que envolvem aspectos da intimidade sexual, da identidade pessoal, de construções sociais, enfim, elementos de uma complexidade tal, cuja orientação diretiva (do tipo *cumpra-se!*), não é suficiente para convocar o trabalhador a um posicionamento implicado diante de sua tarefa e do usuário. Paiva (2002, p. 61) critica a tendência de ainda realizarmos “ações de prevenção ou aconselhamento (...) sem valorizar a diversidade”. Isto é, acolhemos “todos” quando deveríamos acolher “cada um”.

Os Manuais pressupõem que o significado de cada um dos conteúdos/aspectos a serem abordados e o modo como cada tarefa deve ser cumprida, além de ser único, é conhecido por todos os profissionais. O aconselhamento parece ser tratado como uma tecnologia dura, quase como um instrumento ou um equipamento que deve ser usado de acordo com rígidas orientações e cujo efeito é um resultado/produto pré-definido (Merthy, 2009; Traverso-Yépez, 2008). Tal orientação, sabemos, compromete a abordagem de concepções, valores, sentidos em torno da aids o que se configura como indispensável na acolhida das pessoas e na abordagem dos posicionamentos que assumem nesse contexto.

No que se refere à formação de aconselhadores, os textos supõem que “todos os profissionais de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento” (Brasil, 1998, p.10). Orienta-se, na formação dos trabalhadores, o uso de metodologia participativa e listam-se vários conteúdos a serem desenvolvidos, nos diversos aspectos – biofisiológicos, epidemiológicos, laboratoriais, éticos, psicossociais, políticos, jurídicos, teóricos e práticos, bem como questões associadas à organização dos serviços.

Além de diretivas, as recomendações não são acompanhadas de maior

discussão/aprofundamento. Não identificamos no material, textos e/ou indicação de referências que pudessem subsidiar a abordagem dos conteúdos. Considerando as dimensões continentais do Brasil e a diversidade cultural que nos marca, parece sensato supor que a formação de aconselhadores, tarefa atribuída aos governos estaduais, pode assumir contornos diversos, e, caso não haja uma reflexão crítica por parte dos gestores, pode reproduzir aspectos das próprias construções discursivas em torno da aids. Em última instância isso pode significar a reprodução de tendências já sabidamente insuficientes para responder à questão.

As recomendações que constam da estratégia de formação de aconselhadores indicam uma concepção simplista e reducionista da relação trabalhador de saúde-usuário que se aproxima de um modelo biomédico (ouvir, examinar, diagnosticar, medicar...). Distancia-se, então, dos pressupostos iniciais que inspiram o movimento sanitarista e as mobilizações por respostas efetivas ao HIV/aids, bem como das críticas ao modelo liberal de clínica *psi*.

Outro aspecto que ganha destaque nos textos do MS sobre a formação dos trabalhadores é o “componente psicológico [que] é predominante no processo de aconselhamento. [...] é necessária a presença do profissional de saúde mental, nos momentos de capacitação dos técnicos, na supervisão e na avaliação desta prática”. (Brasil, 1998, p.20)

Entendendo o “componente psicológico” como os sentimentos, fantasias, emoções é importante atentarmos para esse aspecto, já que ele assume contornos diferenciados nas recomendações. Por um lado, quando surge como dimensão “psicológica” do usuário, cabe enquadrá-la. Tal procedimento é caracterizado pela já discutida tendência de mecanização da atuação do profissional e pela ausência de discussões sobre o assunto, reproduzindo a postura diretiva e reducionista da questão. É nesse sentido, portanto, que se recomenda, sem explicar *como*,

conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio necessário; estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros; desmistificar sentimentos que associam HIV/Aids à culpa, à punição, rejeição, à degenerescência, à morte e a outros. (Brasil, 1998, p.15)

Quando surge como expressão dos aconselhadores, a dimensão psicológica precisa de controle. Indica-se que “embora de alguma forma façam parte de suas [do trabalhador] vivências e conhecimentos, tais questões devem ser retomadas e direcionadas à *prática adequada* através de treinamento específico” (Brasil, 1998, p.19, *grifos nossos*) As questões a que se refere a recomendação acima, são as emocionais, familiares, sociais, culturais, políticas, da rotina dos aconselhadores. É como se o chamado “componente psicológico” merecesse atenção – apenas e suficientemente – para que, ajustado à sua adequada direção,

garanta a execução dos procedimentos por parte do aconselhador. A postura esperada do aconselhador, portanto, assegurada a partir de treinamento, é previsível, burocrática, enrijecida.

Tal como na organização capitalista, em que a produção é mais valorizada do que o trabalhador, aqui também, parece que o profissional de saúde não tem sua própria subjetividade considerada nos processos de trabalho engendrados pela prática do aconselhamento.

O reconhecimento da subjetividade do aconselhador implicaria em atenção para com esses trabalhadores da saúde, o que contribuiria para consolidar o ciclo de cuidados no qual se inserem as práticas no campo do HIV/aids. Assim, passariam a ser consideradas como elementos da prática, situações inquietantes que esse profissional enfrenta, como sentimentos de impotência e inaptidão (Monteiro, Figueiredo, 2009), dificuldades de diálogo com pessoas vivendo com HIV/aids e com casais sorodiscordantes (Silva, Cardoso, 2008), além dos desafios de se articular, na intervenção, questões individuais e sociais, realidade para a qual o profissional não tem sido preparado, em sua formação (Ferreira Neto, 2008).

Excluir do campo de atuação o chamado “componente psicológico” implica em comprometer o que é de específico no trabalho em saúde, a produção em ato (Merhy, 2009, 2007). O encontro trabalhador-usuário tal como previsto nas recomendações do MS assemelha-se a uma *intersecção objetal* na qual os atores envolvidos se posicionam em espaços externos um em relação ao outro, num modelo de atenção típico da racionalidade capitalista. Ao contrário, para Merhy (2009), o processo de trabalho em saúde deve se caracterizar pela *intersecção partilhada* marcada pelo encontro, diálogo e trocas entre trabalhador e usuário.

Concordando com Merhy (2009, 2007), que os espaços de intersecção são de produção instituinte, entendemos que as recomendações do MS ao tentarem *isolar* a dimensão subjetiva do encontro, inscreve, neste campo de forças, uma consistente linha que fundamenta modelos de intersecção do tipo objetal, na prática do aconselhamento.

Críticas a esse modelo estão presentes nos próprios textos, ainda que indiquem uma linha tênue no campo de forças em questão. Essa oposição anima tensionamentos a favor de outras construções discursivas sobre o perfil e a postura do aconselhador. Constata-se, por exemplo, que na história do aconselhamento há “controversas posições concorrenciais no campo científico e da prática profissional (...) [podem proporcionar] reflexão sobre as relações de poder no exercício das nossas atividades, bem como sobre os sujeitos das nossas intervenções e as políticas públicas de saúde”. (Brasil, 1999, p.10)

Pensar criticamente a história do aconselhamento levou à constatação de que esta prática está comprometida com a “confirmação de um modelo hegemônico e a-histórico, ou seja, a reprodução dos valores da sociedade dominante, branca, ocidental, heterossexual e masculina.” (Brasil, 1999, p.10) Além disso, a própria história dos cuidados com a saúde é revista pela crítica ao modelo biomédico, cujos “aparatos tecnológicos passaram a ter prioridade, em detrimento da relação interpessoal, provocando um distanciamento do sofrimento humano (origem histórica das práticas curativas) de desqualificação da pessoa doente e a valorização da doença.” (Brasil, 1998, p.5)

Essas críticas estão restritas, nos textos, a referências mais gerais de diretrizes do aconselhamento. Não identificamos, por exemplo, recomendações práticas inspiradas nesse posicionamento crítico, o que consolida as orientações diretivas, instrumentais. Por outro lado, a tênue linha de autocrítica sobre o aconselhamento pode animar reflexões em torno dessa prática, tal como a que orienta a pesquisa aqui apresentada. Constitui, assim, importante abertura para consolidar a contribuição do aconselhamento no quadro de respostas ao HIV/aids no Brasil.

2.5. Considerações Finais

A análise que empenhamos neste artigo quanto às recomendações do MS ao trabalho de profissionais de saúde-aconselhores, no contexto de HIV/aids informa sobre diversos aspectos da prática do aconselhamento. Merece destaque a tendência diretiva e normatizante ao trabalho de aconselhamento, comunicada pelos textos (Brasil, 1999; 1998; 1993) a qual associamos características do trabalho instrumental típico do modo de produção capitalista.

A noção de trabalho e de emprego no mundo capitalista tende a serem reduzidas ao cumprimento de carga horária, regras, alcance de metas em torno dos produtos gerados. As recomendações normativas do MS ao aconselhador parecem reproduzir a lógica desse tipo de trabalho (Vasconcelos, 2008). Distancia-se, portanto, da perspectiva do trabalho em saúde como *não material*, que se consolida no ato mesmo em que é realizado, envolvendo trocas entre trabalhador e usuário, e possibilita relativa autonomia ao trabalhador (Merhy, 2009).

As recomendações ao trabalho do aconselhamento em HIV/aids, de forma geral, parecem desconsiderar a própria história que embasa/justifica esta prática. As lutas populares em defesa da saúde pública como direito universal; as reivindicações por respostas efetivas à aids com respeito às singularidades, à diversidade sexual e enfrentamento de preconceitos, poderiam inspirar, por exemplo, relações mais horizontalizadas entre aconselhador e usuário.

Os movimentos de reforma sanitária, de respostas à aids e de alternativa ao modelo liberal de clínica *psi*, no Brasil, podem ser identificados como de fortalecimento da democracia. Nesse sentido, parece sensato considerar que o exercício pleno da cidadania é um valor que merecia estar presente no desenho da política de aconselhamento em HIV/aids. Entretanto, não encontramos essa tônica nas recomendações, nem mesmo em como o usuário do serviço e o aconselhador são retratados.

No que se refere à dimensão clínica do aconselhamento, entendemos o quanto é difícil ao profissional de saúde assumir postura ético-política implicada com a escuta de singularidades, com o respeito à diversidade sexual, e o fortalecimento da democracia. Entretanto, acreditamos que ao trabalhador cabe indagar-se sobre os desafios do *fazer clínico*, estratégia para o enfrentamento de tendências normatizantes das recomendações. Tal postura pode se constituir em posicionamento de *resistência* aos processos reducionistas do trabalho em saúde. Essa perspectiva desdobrar-se-ia em ações da rotina relacionadas à gestão do trabalho, que implicam no tipo de atenção dispensado à população. O *fazer clínico* então, não se restringe ao encontro direto com o usuário, mas se estende a outras atividades do cotidiano, como a relação com colegas de equipe, com gerência/superiores, com determinações na organização do trabalho.

Os processos de capacitação de aconselhadores, nesse sentido, teriam como desafio criar espaços nos quais os profissionais sejam protagonistas na construção de modelos de atenção à saúde, considerando, claro, a complexidade que envolve a prática e as próprias experiências, concepções, inquietações que os profissionais experimentam diante de sua tarefa. Entendemos que a formação de aconselhadores deve superar a mera transmissão de conteúdos e incorporar o exercício analítico de tensões e conflitos, tão necessário para a escuta do usuário e para a qualidade da rotina do trabalho em equipe.

Concordamos com Ferreira Neto (2004, p.165) que incorpora as dimensões ética, estética e política na abordagem clínica como alternativa às tendências reducionistas comprometidas com a lógica capitalista. A existência tomada como obra de arte, segundo ele, possibilita perceber tanto o sujeito como o trabalhador em saúde a partir de linhas de fuga às determinações hegemônicas, reconhecendo posturas de resistência, processos de singularização. Nessa perspectiva, considera-se a “clínica como campo transindividual de intensificação de processualidades transformadoras que criem novos modos de subjetivação individuais e coletivos numa resistência ativa face aos sistemas de submetimento dominantes que nos atravessam”.

Referências

- Araújo, I. (2008) *Foucault e a crítica do sujeito*. 2ª ed. Curitiba: Ed. Da UFPR.
- Ayres, J. R. C. M. (2009) *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Baptista, T. W. F. (2005) O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema único de Saúde e o que esperamos dele. In E. P. de S. J. Venâncio *Texto de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-41.
- Barbier, R. (1985) *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Bastos, F.I. & Hacker, M.A. (2006) Pesquisas brasileiras psicossociais e operacionais face às metas da UNGASS. *Rev. Saúde Pública*. 40(supl.), 42-51.
- Campos, F. C. B. & Guarido, E. L. (2010) O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. Spink (org.) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2008) Intervenção Psicossocial em Saúde e Formação do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*. v. 20, nº 1, 62-69.
- Ferreira Neto, J. L. (2004) *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Francisco, A. L. & Barbosa, L. (2008) Apresentando reflexões sobre a Psicologia na contemporaneidade. In _____ (orgs.) *Modalidades Clínicas de Prática Psicológica em Instituições*. Recife: Fasa, p. 11-9.
- Galindo, W. C. M. (2008) *Intervenção Rural e Autonomia: a experiência da Articulação no Semi-Árido/ASA em Pernambuco*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Gil, R. (2002) Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, trad.). Petrópolis: Vozes, p. 244-270.
- Kelle, U. (2002) Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In M. W. Bauer & G. Gaskell (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (P. A. Guareschi, trad.). Petrópolis: Vozes, p.393-415.
- Lèvy, A. (2001) *Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Matida, A. H. (2003) Do ‘risco’ ao constructo ‘vulnerabilidade’: contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a AIDS. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de

- Janeiro, nº 29, p. 34-43.
- Mattos, R. A., Terto Júnior, V. & Parker, R. (2003) As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 27, p. 81-94.
- Merhy, E. E. (2009) Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In S. R. Carvalho, M. Barros & M. E. Barros (orgs.) *CONEXÕES Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 276-300.
- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2001) Prefácio – Sobre a Complexidade da Implementação do SUS. In S. F. Silva *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, p. 21-44.
- Monteiro, J. F. A. & Figueiredo, M. A. C. (2009) Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia*. Jan-abr, vol. 19, nº 42, 67-76.
- Paiva, V. (2002) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v6, n11, p. 25-38.
- Parker, R. (2000) *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R. (2003) Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 27, p. 8- 49.
- Rios, L. F. (2003) “Se morrer, já fui tarde...” Notas sobre trajetórias de vida de homens jovens com práticas homossexuais. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 29, p. 115- 123.
- Silva, J. P. V. & Lima, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In E. P. de S. J. Venâncio *Texto de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 43-73.
- Silva, N. H. L. P. & Cardoso, C. L. (2008) Agentes Comunitários de Saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*. v. 20(2), 267-266.
- Souza, V. & Czeresnia, D. (2007) Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 11(23), 531-48.
- Spink, P. (2004) Análise de documentos de domínio público. In M. J. Spink *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. (3ª ed.) São Paulo: Cortez, 2004, p. 123-151.
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde*. Natal, RN: Editora da UFRN.
- Vasconcelos, E. M. (2008) *Abordagens Psicossociais Volume 1: história, teoria e trabalho no*

campo. São Paulo: Hucitec.

Textos do Ministério da Saúde

- Brasil. (2008) *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do distrito sanitário especial indígena*. (3ª ed.) Brasília: MS.
- Brasil. (2004) *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília: MS.
- Brasil. (2003) *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999) Ministério da Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: MS.
- Brasil. (1998) *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. (3ª ed.) Brasília: MS.
- Brasil. (1993) *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: MS.

3. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/aids⁸

A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/aids

Resumo - O artigo objetiva problematizar a relação profissional de saúde-usuário no aconselhamento em HIV-Aids. Para tanto, apresenta resultados de pesquisa qualitativa, embasada em entrevistas com 12 aconselhadores/as atuando em Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) de Pernambuco, situados nas mesorregiões do Estado - metropolitana, mata, agreste, sertão. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas. O tratamento e a análise do material foram feitos a partir de uma dupla hermenêutica. Identificamos, no material, dois modos de aconselhar: o aconselhamento-instrução e o aconselhamento-relação. No aconselhamento-instrução a ênfase é na transmissão de informações do profissional ao usuário, sendo este, considerado responsável por sua condição sorológica. No aconselhamento-relação, valoriza-se o contato do profissional com o usuário, oferecendo-lhe escuta e acolhida. Os resultados além de contribuir com os debates sobre a abordagem e o manejo das noções de risco e sexualidade, no aconselhamento, podem auxiliar na formação de aconselhadores.

Palavras-Chave: Aconselhamento; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Profissional de Saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

Instruction and relation as ways of counseling in HIV /Aids

Abstract - The paper purpose is problematize the professional relation of health-user in the counseling in HIV-Aids. For this purpose, present results from qualitative survey, based in interviews with 12 advisors acting in Centers of Tests and Counseling in DST/Aids (CTA) of Pernambuco, located in the mesoregions of the State-metropolitan areas, specific areas like: mata, agreste, sertão. The interviews were recorded and transcribed. The treatment and analysis of the material were done from a hermeneutic pair. We identified two ways of counseling. In the counseling-education the emphasis is in the transmission of information from the professional to the user, being his/her, considered responsible for his serological condition. In the counseling-relation, the professional contact goes up in value with the user, offering listening and refuge. The results besides contributing with the discussions on the approach and the handling of the notions of risk and sexuality, in the counseling, can help in

⁸ Artigo produzido com coautoria de Ana Lúcia Francisco e Luís Felipe Rios; submetido e aprovado para publicação na Revista Temas em Psicologia.

the advisors' formation.

Keywords: Counseling; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Personnel; Health Human Resource Training.

La instrucción y la relación como modos de aconsejamiento en HIV/SIDA

Resumen - El presente artículo tiene como objetivo problematizar la relación profesional de salud-usuario en el aconsejamiento en HIV-SIDA. Para esto, se presentan resultados de investigación cualitativa, basada en entrevistas hechas con 12 aconsejadores/as que actúan en Centros de Testeo y Aconsejamiento en los DST/SIDA (CTA) de Pernambuco, ubicados en las mesorregiones del Estado: la metropolitana, la zona de mata, el agreste y el sertón. Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas. El tratamiento y el análisis del material fueron realizados a partir de una doble hermenéutica. Identificamos dos modos de aconsejar: el aconsejamiento-instrucción y el aconsejamiento-relación. En el aconsejamiento-instrucción, el énfasis se hace en la transmisión de informaciones del profesional al usuario, siendo éste considerado como el responsable por su condición serológica. En el aconsejamiento-relación, se valoriza el contacto del profesional para con el usuario, así como la atención y acogida que le proporciona. Los resultados, además de contribuir con los debates sobre el abordaje y el manejo de las nociones de riesgo y sexualidad, en el aconsejamiento, pueden auxiliar en la formación de los aconsejadores.

Palabras-Claves: Aconsejamiento; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Personal de Salud ; Capacitación de Recursos Humanos en Salud.

3.1. Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) tem convocado pesquisadores, gestores, profissionais de saúde a encontrar respostas efetivas para o seu enfrentamento. No início dos anos de 1980, no Brasil, diante dos primeiros casos de Aids, grupos da sociedade civil, em especial de hemofílicos e *gays*, buscaram gestores públicos para somar esforços na compreensão e soluções para o problema. São de iniciativa da sociedade civil as primeiras experiências com aconselhamento em HIV/Aids (Araújo & Camargo Jr., 2004; Parker, 2000).

Preconizado para ser realizado por profissional de saúde capacitado para tal, o aconselhamento acompanha o exame anti-HIV, ocorrendo antes da coleta do sangue (pré-teste), e na entrega do resultado (pós-teste). Conforme os documentos do Ministério da Saúde que orientam a prática do aconselhamento, esta deve se caracterizar por um espaço de diálogo no qual são disponibilizadas informações, realizada avaliação de riscos e oferecido apoio emocional. (Brasil, 1993, 1998, 1999)

No início da história da aids no Brasil, o aconselhamento serviu como ferramenta de controle de qualidade para os Bancos de Sangue, já que muitas pessoas tinham a iniciativa de doar sangue com objetivo não explícito de serem testadas para o HIV. Um atendimento com o pretense doador identificaria riscos recentes restringindo doadores. (Araújo & Camargo Jr., 2004; Brasil, 1999). Hoje há uma tendência em disponibilizar amplamente a testagem e o aconselhamento, cujas unidades de referências são os Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA). (Brasil, 2010)

Em 1987, o Ministério da Saúde iniciou treinamento de profissionais para aconselhamento e em 1988 começou a implantação de CTAs (Araújo & Camargo Jr., 2004). A partir de 2003 instala-se processo de descentralização da testagem para o HIV, sendo assumida também pela atenção básica de saúde, com a recomendação de garantir o aconselhamento (Brasil, 2003).

Diretrizes formuladas recentemente para o trabalho nos CTAs (Brasil, 2010), acrescentam duas recomendações em relação ao preconizado até então. Que o aconselhamento seja disponibilizado não apenas na testagem anti-HIV, mas para a população envolvida com a temática, que busca as unidades de saúde, como casais (soroconcordantes ou sorodiscordantes); pessoas vivendo com HIV e Aids (PVHA); portadores de hepatites e familiares; pessoas que aguardam resultado de exames (hepatites, HIV, sífilis); pessoas que aguardam encaminhamento para unidades de referência. E que o aconselhamento seja assumido também por profissionais de formação de nível técnico, e não só superior, desde que devidamente capacitados para tal.

Em pesquisa de avaliação das ações de aconselhamento, ainda em 1997, Filgueiras e Deslandes (1999, p. 129) observando e entrevistando profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde/SUS, analisaram a referida prática a partir de cinco diretrizes reconhecidas pela literatura de então: a) acolhimento; b) escuta; c) comunicação; d) avaliação de riscos e alternativas para prevenção; e) orientações sobre tratamento para estimular adesão e qualidade de vida. As autoras concluem, dentre outros aspectos, que os profissionais desenvolvem bem a acolhida aos usuários, o que não se deve confundir com “uma atitude de verdadeira escuta. Observou-se que a atitude de escuta foi frequentemente substituída pelo caráter informativo (visto como instrução ou orientação informativa de caráter normativo) e de coleta de dados sobre o paciente”. Sugerem ainda, as autoras, que o apoio e a supervisão aos profissionais aconselhadores qualificariam a sua rotina de trabalho que tende a ser de intenso estresse.

Avaliações como esta possibilitam reflexões e revisões do serviço oferecido pelo profissional de saúde, mas trata o aconselhamento, especificamente, como técnica. Neste trabalho estamos considerando o aconselhamento como dispositivo no quadro de respostas ao HIV/aids. O dispositivo, tal como argumenta Michel Foucault (2007a) envolve diversos aspectos como discursos, leis, instituições, enunciados científicos, proposições morais e assume função estratégica dominante, em determinado momento histórico. A relação entre os diversos elementos heterogêneos de um dispositivo, é que merece atenção. “Entre esses elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções” (p. 244).

Nesta direção, a pesquisa sobre os discursos do aconselhamento em CTA empenhada por Souza e Czeresnia (2007, p. 545) conclui que parece existir, no aconselhamento, um “jogo de ambiguidades entre sistema democrático e coercitivo, conjugando modos informais e regulatórios” na relação entre profissional de saúde e usuário. Isto é, o aconselhamento envolve atenção, acolhida, escuta e, ao mesmo tempo, regulação, vigilância, controle. Pode ser considerado, portanto, uma tecnologia leve (Merhy, 2007), implicada com a gestão do cuidado e, também, uma prática confessional, disciplinar, de biopoder. (Foucault, 2007b)

Soma-se ao quadro de referências que cercam o aconselhamento como dispositivo, o que acumulamos em nossa recente história quanto às tentativas de responder ao HIV/aids. Richard Parker (2000, p. 65-66) apresenta três tendências ou abordagens da produção científica no campo da aids “que parecem haver emergido em nossas tentativas de analisar e responder às dimensões sociais da epidemia”: a) Estudo de padrões de comportamento relacionados à transmissão do HIV, que surgiu a partir de meados dos anos de 1980; b) Estudo de estruturas culturais e sociais implicadas nos comportamento de risco de infecção pelo HIV, que ganhou

espaço a partir de meados e final dos anos de 1980; c) Estudo com ênfase em fatores políticos e econômicos associados à disseminação do HIV, desde o final dos anos de 1990 até hoje. Essas tendências na pesquisa científica têm orientado, respectivamente, a formatação de políticas: a) para intervenções sobre o comportamento; b) para a construção de programas de prevenção tendo como base conhecimento sócio antropológico; c) com respostas mais globais e de longo prazo, a partir da compreensão da complexidade do fenômeno e tendo como meta “transformar as forças mais amplas que estruturam a vulnerabilidade ao HIV/Aids” (Parker, 2000, p. 26). A prática do aconselhamento inscreve-se nesse cenário de esforços para propor respostas efetivas e eficazes ao HIV/aids, sendo também influenciada pelas diversas tendências em pesquisa e formatação de políticas.

Neste estudo discutimos sobre como profissionais de saúde significam sua prática de aconselhamento em CTA. Apoiada em perspectiva crítica tanto nos fundamentos teóricos quanto na orientação do estudo, a pesquisa se compromete com a produção de um “conhecimento pragmático, prático, que seja cultural e estrutural, avaliado pelo seu grau de situacionalidade e sua habilidade de gerar práxis, ou ação” (Denzin & Lincoln, 2006, p. 166). Assim, distanciamos-nos de referenciais ligados ao cientificismo positivista em psicologia e em ciências humanas, identificando que esta perspectiva tem se comprometido com a manutenção do quadro de desigualdades sociais comuns nas sociedades capitalistas. (Mészáros, 2004; Santos, 2000) Além disso, baseamos nosso estudo em perspectiva crítica da pesquisa qualitativa, alternativa ao eurocentrismo das construções intelectuais e em direção ao fortalecimento de construções pós-coloniais sobre a realidade latino-americana e elaboradas por pesquisadores latino-americanos. (Grüner, 2011; Santos, 2010)

3.2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa que, conforme aborda Turato (2003), tem especificidades em relação às abordagens qualitativas gerais. “Os *sentidos* e as *significações* dos fenômenos são o cerne para os pesquisadores qualitativistas. Procurar capturá-los, ouvindo e observando os sujeitos de pesquisa, bem como dar as interpretações, são nossos objetivos maiores” (p. 246). Além das clássicas características da pesquisa qualitativa – naturalística, dados descritivos, foco no processo, indutiva, ênfase na significação – outras são atribuídas à abordagem clínico-qualitativa. Destacamos, dentre elas, a função do pesquisador como instrumento principal na investigação e como *bricoleur* ao lidar com a pesquisa. O

pesquisador participa ativamente da construção da pesquisa na sua formatação, coleta, análise dos dados e apresentação dos resultados. Sua percepção, reflexão, aspectos emocionais colocam-se à disposição da investigação, o que resulta em posicionalmente oposto às pesquisas que se utilizam de instrumentos validados, como as quantitativas. Além disso, como *bricoleur*, o pesquisador compõe o seu conhecimento a partir de fragmentos obtidos no campo, permitindo-se, inclusive, a colocar em suspenso o projeto inicial. Denzin & Lincoln (2006) associam o pesquisador *bricoleur* a um artesão que confecciona colchas ou um produtor de filmes; a tarefa em questão é como a de montagem de um quebra-cabeça.

Foram realizadas entrevistas, individualmente, com 12 aconselhadores, sendo 11 mulheres e um homem⁹. Com idades entre 25 e 57 anos, todas entrevistadas tinham formação superior, oito delas em Psicologia, três em Serviço Social e uma em Biologia. Os aconselhadores participantes da pesquisa trabalham em CTAs de municípios das diversas macrorregiões do estado de Pernambuco. Foram realizadas três entrevistas em cada uma das quatro macrorregiões: sertão, agreste, mata e metropolitana. O esforço foi de escutar profissionais atuando em diversos territórios do Estado¹⁰.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). A entrevista foi antecedida pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelas participantes. Com duração média de 40 minutos, cada entrevista foi audiogravada e, posteriormente, transcrita literalmente.

A leitura flutuante do material (Bardin, 1977) possibilitou a construção da estratégia de tratamento dos dados descrita a seguir. Recursos de copiar, colar, recortar, classificar, de editor eletrônico de texto foram utilizados no tratamento dos dados (Galindo, 2008; Kelle, 2002).

Na primeira etapa traçamos quatro *Planos de Análise*, considerando os fluxos temáticos das entrevistas. Os Planos foram: a) Usuários- refere-se a quem procura o CTA; b) Profissionais – quem faz o aconselhamento; c) Aconselhamento – corresponde ao aconselhamento propriamente dito, ao que ocorre na relação profissional-usuário; d) Trabalho – reúne questões associadas ao trabalho em saúde de forma geral (gestão, concepções de saúde, políticas). Os fragmentos de fala foram identificados aos planos, de modo que ao final dessa primeira etapa, tínhamos quatro blocos de materiais, cada um correspondente a um *Plano*, contendo as falas de todas as entrevistas a ele associadas.

⁹ Trataremos as pessoas entrevistadas, ora pelo masculino, ora pelo feminino.

¹⁰ Formulações recentes de Ferreira Neto (2011) têm sugerido uma perspectiva geográfica na construção de subjetividades que entendemos como importante para aquecer debates sobre fundamentos metodológicos em pesquisa.

Na segunda etapa do tratamento dos dados cada Plano de análise - com todos os fragmentos de fala agrupados – passou por um novo processo analítico. Após leitura fluente, identificaram-se conteúdos que emergiram de cada Plano. Os conteúdos subsidiaram o novo ordenamento do material, agora por temas. Assim, por exemplo, no *Plano Usuário* quatro temas/conteúdos foram organizados, nesta segunda etapa do tratamento dos dados. O mesmo procedimento foi feito para os outros três planos, cujos conteúdos/temas estão discriminados a seguir:

a) *Plano Usuário*: i) Quem é a população que procura o CTA; ii) Sentimentos expressos pelos usuários; iii) Concepções e práticas dos usuários em torno de riscos; iv) Demandas dos usuários.

b) *Plano Profissional*: i) Características do aconselhador; ii) Processos formais e informais para realizar aconselhamento; iii) Postura/Manejo na relação com o usuário; iv) Sentimentos, concepções, interesses do profissional em relação à sua prática e aos temas implicados.

c) *Plano Aconselhamento*: i) Modalidades de aconselhamento utilizadas no CTA; ii) Abordagem das práticas sexuais junto aos usuários; iii) Procedimentos envolvidos na entrega de resultados. iv) Relação profissional-usuário propriamente dita.

d) *Plano Trabalho*: i) Rotina interna do CTA; ii) Atividades externas ao CTA; iii) Recursos envolvidos; iv) Política de saúde e gestão.

A terceira etapa do tratamento dos dados foi a redação de sínteses dos *conteúdos* que emergiram em cada um dos *planos* traçados. Várias leituras das sínteses antecederam o rascunho inicial da análise. Redações provisórias deram lugar ao texto final aqui apresentado. A interpretação qualitativa dos dados foi feita por uma dupla hermenêutica que segundo Deslandes e Gomes (2004) consiste em reinterpretar as interpretações dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Assim, nossa

análise não se volta, por exemplo, ao modo como determinado profissional atende ao usuário (a isso caberiam dezenas de hipóteses explicativas), mas a como ele interpreta essa forma de atender e quais lógicas culturais e institucionais dão sentido e racionalidade a essa maneira de explicar a sua própria ação (p. 109).

3.3. Modos de Aconselhar

Os modos de aconselhar identificados – instrução e relação – são apresentados em separado, como recurso de perseguir clareza na apresentação das ideias. Entretanto, não devem ser considerados como tipos ideais e excludentes entre si, mas como possibilidades de convivência num mesmo CTA e assumidos por um mesmo aconselhador. Assim, não foi

objetivo do estudo associar os entrevistados aos modos de aconselhar.

O aconselhamento instrução

Caracteriza-se pela transmissão de informações por parte dos profissionais, aos usuários. Estes são convocados, dentre outros aspectos, a tomar consciência da importância da prevenção, de corrigir o uso inadequado do preservativo ['estoura porque o fato de você não está sabendo utilizar'¹¹, diz entrevistada a usuário] e de entender que realizar o teste não é garantia de proteção. Além disso, disponibiliza-se 'orientação com relação à higiene, porque muitos são pacientes, assim, muito pobres, pessoas que não têm a mínima estrutura de nada'. O usuário, então, é o responsável por sua condição sorológica. Espera-se dele habilidades para serem usadas no aconselhamento – apreensão e memorização das instruções fornecidas pelo profissional. A esse respeito, as entrevistadas indicam que alguns usuários vão tomando consciência da importância do autocuidado, enquanto outros sequer têm condições para entender as instruções, sem deixar de mencionar expressões de resistência diante das orientações. Sentimentos dos usuários são destacados nesse contexto, como medo da quebra de sigilo; vergonha em assistir à demonstração no uso do preservativo; medo de pegar HIV por formas improváveis.

As tarefas de educar, orientar, além de manter-se em postura vigilante são associadas ao profissional. 'Se uma pessoa tá passando pela situação de receber um resultado positivo (...) é um sujeito que é, digamos assim, ela é corresponsável por isso aí também'.

No *aconselhamento instrução* os cuidados para com o atendimento prestado ao usuário como: local e horário adequados, garantia de sigilo, transmissão de segurança, parecem estar a serviço do compromisso em transmitir informações e da expectativa de que o usuário fale de si, para ser avaliado quanto ao risco de infecção pelo HIV. O profissional deve conduzir o atendimento de modo que o usuário venha 'adquirir confiança sobre [ele]'. Assim, os entrevistados parecem considerar que o informado pelo aconselhador será internalizado pelo usuário, de forma mais eficaz.

Os esforços em garantir que a informação chegue ao usuário, no *aconselhamento instrução*, se traduzem por arranjos estratégicos na rotina do trabalho. Assim, o aconselhamento pré-teste, no CTA, pode ser individual ou coletivo. Também pode ser realizado fora do CTA, por demanda espontânea de empresas, escolas e organizações diversas ou por planejamento prévio da política municipal de aids. Merecem destaque ações realizadas

11 Fragmentos de fala das entrevistadas ilustram a apresentação dos resultados. Utilizamos aspas simples para destacá-los do texto.

em datas comemorativas e/ou em bairros/distritos rurais, cuja testagem e aconselhamento são disponibilizados à população¹², na perspectiva de, ao mesmo tempo em que facilita o acesso ao teste, examina um grande número de pessoas.

Ajustes na rotina de trabalho - dentro e fora do CTA -, indicam uma ênfase na testagem anti-HIV, em detrimento do aconselhamento já que este parece ficar em segundo plano, sendo a prioridade dirigida à testagem. Isso é exemplificado no seguinte relato de aconselhador em seu diálogo com usuário, criticando o tempo restrito para o aconselhamento: '- Pois é, o resultado deu negativo; não reagente quer dizer negativo, viu? Entendeu? - Entendi. - Alguma dúvida? - Não. - Bom dia. E não é [não deve ser] assim'. De forma geral, para atender a demanda de testagem, o aconselhamento pré-teste pode também ser subtraído, sendo reservado ao aconselhamento pós-teste a atenção para informações, avaliação de riscos, apoio emocional.

Assim, o aconselhamento pode ficar comprometido nas diversas situações em que é priorizada a testagem. Nas ações de massa, muitas vezes, até o pós-teste fica a desejar; o que ocorre é 'colhe, preenche aquela ficha, aquele cadastro, e [a entrega de] o resultado é assim: 'Tá tudo bem, tá tudo bem'. Nesses casos, 'eu acredito que o próprio aconselhamento fica um pouco a desejar, por conta da demanda que é muita'.

São realizadas tentativas de alterar esse quadro, mas, quando o aconselhamento ocorre fora do CTA, o trabalho mantém os profissionais dependentes de infraestrutura oferecida por quem demandou a ação.

'No ano passado a gente só fazia preencher a ficha, fazia o exame, entregava, tchau. Esse ano a gente já pediu pra fazer aconselhamento. Não é aconselhamento que se faz aqui, porque é no salão; fica entrando [pessoas], aí tem que ficar bem assim [junto, cochichando] com o paciente'.

Em consonância com esse quadro de fragilidade na prática do aconselhamento, estão aspectos do trabalho propriamente dito. O recrutamento e seleção de aconselhadores para o CTA não considera aspectos específicos do trabalho nesta unidade de saúde. Os profissionais são selecionados por concurso público para área geral de saúde; as vagas não são identificadas pelas diferentes possibilidades de atuação. Outra forma de ingresso no trabalho como aconselhador no CTA é por convite, comum em municípios nos quais vagas por concurso público ainda são reduzidas. O ingresso no CTA por convite pode não selecionar as pessoas por características/habilidades para o trabalho. Ao contrário, esse tipo de contratação é vulnerável às alterações políticas de cada mandato do executivo municipal. 'Quando essa gestão acabar mudam todas as pessoas'. Isso pode fragilizar a política municipal de HIV-aids,

12 Daqui por diante chamada apenas de "ações de massa".

já que a alta rotatividade de aconseladoras desagrada usuários, que a cada visita ao CTA não encontra a pessoa que o atendeu da última vez.

A formação de aconselhores nesse contexto torna-se cara e obsoleta, pois sempre novos aconselhores estão assumindo essa função e demandando nova formação. 'A gente vem mudando [de aconselhador] o tempo todo e o tempo todo eu venho pedindo o treinamento de aconselhamento'.

As características e/ou ferramentas associadas aos aconselhores como importantes para realização de suas tarefas no *aconselhamento instrução* nos informam de um modelo convencional de relação profissional-usuário, no qual o profissional transmite, informa e o usuário recebe, apreende. Algumas características do profissional ganham destaque para a execução do aconselhamento, embora prevaleçam as pautadas em aspectos relacionados mais ao senso comum (intuição, sensibilidade, instinto), do que propriamente à formação/postura profissional. Explicitam isso os seguintes fragmentos de fala: 'eu tenho, sei lá, um instinto maternal'; 'eu sou muito intuitiva'; 'eu acho que esse profissional tem que ter muita sensibilidade'.

Ao aconselhamento instrução, portanto, parecem se articular elementos comprometidos com perspectiva naturalizante tanto do comportamento de usuários, quanto do trabalho dos profissionais.

O aconselhamento relação

Outro discurso apresenta o aconselhamento como construção entre profissional da saúde e usuário. Da parte do usuário, é um momento de reflexão. Da parte do profissional, uma construção pessoal, já que não há modelo pronto para aconselhamento, cada caso demandando especificidades. Nessa relação, ao usuário deve-se disponibilizar *tempo* para que possa elaborar a situação diante de si, seja de soronegatividade ou soropositividade. Ao profissional cabe escutar o usuário em sua singularidade. 'A gente vem de um modelo muito normativo, de regras prontas (...) A proposta [do aconselhamento] é uma proposta de mudança de paradigma mesmo. (...) Então, a gente precisa se distanciar do método, para escutar'. Em algumas situações, 'não há nem diálogo' entre profissional e usuário, cabendo àquele silenciar diante do processo cujo protagonismo é de quem está sendo acolhido. 'Escuto mais do que questiono' indica uma entrevistada ao argumentar que o aconselhamento envolve participação ativa do usuário.

O sujeito do *aconselhamento relação*, de acordo com o que dizem os entrevistados, é dinâmico, tem sentimentos, medos, fantasmas, dúvidas, tem uma intimidade consigo e merece

atenção e cuidado para que sejam abordadas situações que envolvam as vivências em torno da sexualidade. É nesse sentido que aconselhadoras se esforçam em criar espaço para 'você conseguir que ela [usuária] fale. (...) [para saber] o que ele [usuário] tá querendo, o que tá incomodando ele, no que eu posso ajudar em relação ao aconselhamento'.

Compreende-se que a mera transmissão de informações é insuficiente para garantir a efetividade do aconselhamento. 'Se a informação resolvesse a gente não tinha epidemia; que a informação circula! Tem que ter uma coisa mais profunda'. Assim, é importante entender como o usuário significa sua realidade no contexto do HIV-aids, já que isso pode estar presente na cena do aconselhamento.

A noção de risco e a percepção do que oferece risco, por exemplo, podem ser incompatíveis com o que temos historicamente construído pelo saber formal sobre infecção pelo HIV. Os usuários tendem a repetir o termo risco, sem a devida atenção às implicações em sua própria vida.

'Quando ela [usuária] falou eu tô tendo risco, ela não tinha pensado naquilo pra dizer. Ela ouviu por aí, [então diz:] tive uma situação de risco. Mas, que risco é esse que ela tá tendo na vida dela, no cotidiano dela?'

Em municípios do interior do Estado há quem acredite que *pega aids* somente quem morou em São Paulo, isto é, quem migrou para uma cidade grande em busca de trabalho, realidade comum em alguns territórios. 'Quando a gente fala na palestra, no aconselhamento coletivo [que não é só quem morou em São Paulo que pode ter HIV], todo mundo fica muito assustado'.

No *aconselhamento relação*, os profissionais tendem a considerar que a reprodução acrítica da noção de risco ou a crença em formas improváveis de infecção – como a migração – são expressão de arranjos simbólicos por parte dos usuários. Isto é, são noções, ao mesmo tempo, construídas no social, e constituidoras dos sujeitos. A postura do profissional de saúde, de acordo com a opinião das entrevistadas nesse caso, deve ser marcada por atenção e manejo delicados, que dialoguem com o universo simbólico envolvido.

As relações sociais construídas em torno da diferença de gêneros também constituem valores e modos específicos de lidar com a realidade.

'Brasil é muito assim, cada lugar tem... nordeste então... que o homem é garanhão, que o homem tem que ser macho, né? Que o homem tem várias mulheres, que o homem não usa camisinha, porque ele não fica doente, ele não pega doença'.

'Também tem a história do Brasil vem de uma raiz cristã (...) Quais as religiões que existem no Brasil que abordam o sexo, que se conversa mais sobre o sexo (...). Porque vem dessa coisa velada, talvez por conta dessa raiz cristã'.

Assim, diferenças da percepção e/ou comportamento que podem levar à infecção de DST

são identificadas por homens e mulheres também sob a lógica dessas construções culturais. Os homens tendem a se sentirem protegidos em seus relacionamentos sexuais; confiam na parceria; compartilham o valor de que o casamento protege. Tem homens que dizem, segundo entrevistada: 'Eu só transo com minha esposa e quando eu transo com outra pessoa lá fora é as meninas conhecidas. É tudo conhecida e elas dizem que não têm isso não'.

As mulheres estão mais vulneráveis à possibilidade de infecção pelo HIV a partir dos arranjos afetivo-sexuais dos quais participa. Como os homens, também têm fantasias de proteção, mas, estas se organizam em torno do afeto e da própria fidelidade. É assim, por exemplo, que prostitutas usam preservativos com clientes, mas não usam com parceiro fixo, de acordo com relato de entrevistada. Como expressão da dominação do masculino, várias situações são encontradas. 'Ou transa com esse cabra sem camisinha ou não tem nem o que comer', diz entrevistada. São relatadas situações de violência sexual à mulher e de exploração sexual de crianças e adolescentes, cuja autoria é de homem adulto com vivência doméstica das vítimas.

As construções sociais a que se referem os entrevistados fazem parte da cena do *aconselhamento relação* como *verdades* que se impõem aos usuários e se presentificam no diálogo com os aconselhadores.

No *aconselhamento relação* identificamos duas posturas interventivas diferentes por parte dos profissionais. Uma, que lembra o *aconselhamento instrução*, em que a aconselhadora esclarece, orienta, entendendo e acreditando que, por exemplo, 'na hora que eu [usuária] tenho uma relação sexual sem camisinha, eu sou parceira, eu tenho 50% de culpa nessa história. Porque às vezes elas dizem 'eu mato meu marido' [se pegar HIV]. Não [diz aconselhadora], você consentiu também.' Então, apesar da aparente postura crítica na compreensão da situação, a eficácia da intervenção fica – como no *aconselhamento instrução* – dependente da usuária; restrita à sua própria consciência que, no caso do fragmento ilustrativo, trata-se de mulher em relação heterossexual fixa. A ideia de que o comportamento e opinião expressos estão articulados com construções sociais em torno das diferenças de gênero, nesse caso, não é considerada pelos aconselhadores.

A segunda direção da intervenção não se apressa em propor um modelo, uma técnica a ser adotada no aconselhamento e/ou para compreender a situação trazida pela usuária. Ao contrário, o aconselhamento é visto como uma construção. O desafio é o de uma verdadeira 'mudança de paradigma', distanciando-se de um modelo normativo, de ideias preconcebidas no que se refere às temáticas envolvidas. A condição de vulnerabilidade da mulher, por exemplo, em relações afetivo-sexuais, é compreendida como implicada nas construções

sociais. A solidão da mulher no que se refere à responsabilidade da gravidez tem historicamente construído um abismo no diálogo com seu parceiro sobre contracepção, agora atualizado no uso do preservativo, na prevenção de DST.

'A camisinha é uma coisa da parceria; e isso não é muito praticado... isso tem a ver com essas construções... essa vivência solitária, de que é só da mulher a responsabilidade... Então isso precisa mudar, pra gente chegar na própria ação'.

No que se refere às questões mais amplas do trabalho em saúde, identificamos reflexões críticas quanto ao aconselhamento disponibilizado no CTA à população. Na lógica do *aconselhamento relação* identifica-se que interesses políticos orientam relação da gestão municipal com o CTA. Considera-se que o apoio da gestão é imprescindível para qualificar o atendimento à população. É por decisão política, por exemplo, que se investe em prevenção ou, ao contrário, opta-se por realizar grande quantidade de testes sem se preocupar com o aconselhamento. A relação dos profissionais de saúde com a gestão também se inclui nesse tópico. Contratados por concurso público têm mais autonomia do que aqueles com cargo comissionado, podendo negar-se a executar procedimentos com os quais não concordam.

No *aconselhamento relação*, o desafio de enfrentamento da aids parece envolver desde a formação de profissionais até a compreensão e posicionamento crítico diante de questões econômicas típicas do sistema capitalista. Assim, distancia-se de perspectivas que reduzem aos indivíduos a responsabilidade por contrair o HIV, incluindo elementos para além de uma interioridade, implicados no quadro de vulnerabilidade com o qual convivem os usuários. Identificamos iniciativas em formar profissionais que atuam na atenção básica para acolherem demandas ligadas às práticas sexuais, segundo diretrizes que orientam o aconselhamento. Também foram citados projetos de fortalecer o diálogo com espaços de formação de profissionais de saúde (cursos técnicos e de nível superior), no sentido de que incorporem em seus currículos, atenção ao aconselhamento como prática em saúde coletiva.

3.4. Desafios na prática do aconselhamento

As duas perspectivas de aconselhamento identificadas na pesquisa - o *aconselhamento instrução* e o *aconselhamento relação* – informam sobre posturas diferenciadas na concepção de sujeito e nos procedimentos de profissionais de saúde, que, por conseguinte, indicam estratégias distintas na eleição de tecnologias para a construção de respostas ao HIV/aids.

No *aconselhamento instrução* a intervenção é inspirada numa psicologia individual, isto é, reduzida ao sujeito que recebe orientações e apoio do profissional de saúde. Essa estratégia

identificada em pesquisa do final dos anos 1990, em unidades de saúde referência em DST-Aids (Filgueira & Deslandes, 1999), continua então, presente no cotidiano dos CTAs e reproduz as tendências intervencionistas comuns nos anos iniciais (na década de 1980) das primeiras respostas à aids. Essa perspectiva de que algumas pessoas poderiam, por características pessoais, contrair o HIV, orientou tanto a produção científica quanto a formatação de políticas (Parker, 2000; Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003).

Mudanças no perfil epidemiológico da Aids, bem como autocrítica de pesquisadores, gestores e profissionais constataram que aquela perspectiva tinha impacto reduzido na situação, além de ser reprodutora de preconceito e estigma. “Quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal, para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção”. (Ayres, et. al., 2003, p. 121)

A ênfase na responsabilização do indivíduo parece impossibilitar um posicionamento crítico por parte de aconselhadores, no sentido de considerar outras forças implicadas na realidade em foco. A concepção de sua própria rotina de trabalho e realidade profissional sugere uma atenção às obrigações a cumprir, em detrimento da dinâmica de vida do sujeito à sua frente. É nesse sentido que associamos o *aconselhamento instrução* à lógica capitalista de trabalho e de organização da sociedade. A divisão social do trabalho em saúde, marcada pelo cumprimento de metas, horários, produtividade, parece se impor aos aconselhadores, cujas tarefas de escutar e acolher ficam comprometidas. (Santos-Filho, 2009; Traverso-Yepez, 2008) Ao contrário, os profissionais ocupam-se em preencher questionário, coletar sangue, transmitir informações, orientar testagem de parceiros/as sexuais, encaminhar para outras unidades. “A subjetividade não faz parte da técnica. Ela está presente nas consultas médicas; porém, em geral permanece quase ‘invisível’” é o que constata Santos (2009, p. 99) em sua pesquisa de mestrado sobre formação médica para acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/aids.

O usuário entra num circuito que se assemelha à produção industrial de entrada de insumos e saída de produtos. Espera-se que o profissional de saúde seja o agenciador desse processo. “A racionalidade técnica, ao eliminar os elementos subjetivos do processo de trabalho, incide na qualidade do atendimento em saúde, desvitalizando a relação profissional-usuário”, conclui Monteiro e Figueiredo (2009) em estudo sobre atuação profissional no campo do HIV-aids.

Na nossa realidade, a divisão social do trabalho em saúde, inspirada no modelo biomédico, tem definido como tarefa do profissional de saúde com formação universitária, de forma geral, as ações de diagnosticar, medicar, curar. “O que caracteriza a normalização da

sociedade pela medicina é o fato de ela agregar à sua função de cura uma função política de criar e transmitir normas” (Corrêa, 1994, p. 119).

No caso dos CTAs - unidades de referência para diagnóstico de HIV - convive-se com o risco de se priorizar a testagem em detrimento do aconselhamento. Considerando que este se caracteriza em tese, pela escuta e diálogo, distancia-se do que recomenda o modelo biomédico hegemônico. Assim, no campo de forças que se instala na rotina do serviço, o aconselhamento tende a ser menos valorizado.

Talvez a forte presença dessa perspectiva biomédica esteja orientando as ações de massa, isto é, de ampla testagem, também chamadas de mutirões, situações em que o aconselhamento fica reduzido e, às vezes, subtraído. Essa tendência em priorizar a testagem parece se constituir em expressão do biopoder, isto é, do controle dos corpos, garantido pela responsabilização e culpabilização dos indivíduos. A primazia da testagem reifica o caráter de vigilância do *aconselhamento instrução* cujo encontro do profissional com o usuário pode ficar restrito ao cumprimento de metas que atendam aos interesses políticos da gestão municipal. Muitas vezes, a quantidade de pessoas testadas é utilizada como indicador de resposta ao HIV/aids.

Assim, se para as diversas instâncias de gestão os indicadores são organizados em torno de aspectos quantitativos, o *aconselhamento instrução* parece estar a serviço da manutenção desse quadro que concebe o indivíduo como responsável por sua condição sorológica; que mudanças a favor da redução dos índices de infecção pelo HIV dependem de alteração no comportamento das pessoas; que profissionais de saúde são agentes do biopoder.

É importante pontuar que as entrevistadas expressam algum descontentamento com essa realidade que negligencia o aconselhamento. Mas, de forma geral, as queixas não parecem assumir *status* de formulações criativas para as situações. Isso sugere que, na rotina do trabalho, as tensões e conflitos se impõem de tal modo aos profissionais de saúde, que eles não conseguem encontrar mediações, saídas efetivas. Em que pese as aparentes críticas expressas pelos profissionais, na lógica do *aconselhamento instrução*, eles se mantêm como agentes de regulação e controle da população, já que os questionamentos são limitados às dificuldades em torno do objetivo de informar, orientar, educar e promover mudança de comportamento dos usuários. Além disso, não indicam alterações significativas na dinâmica do trabalho e no aconselhamento propriamente dito. Aconselhadores nessa perspectiva, mesmo sendo aparentemente críticos, não conseguem construir saídas significativas para a realidade em que atuam. Reflexões sobre a realidade dos trabalhadores em saúde e as dificuldades de alteração dela, têm sido feitas por Campos (2009), cujas contribuições

indicam necessidade de postura crítica diante da clínica, de um modo geral, e da saúde pública.

Além disso, a primazia da testagem em detrimento do aconselhamento parece consonante com a própria construção da concepção de risco em epidemiologia, cuja implicação com métodos analítico-quantitativos tem deixado de lado importantes articulações com outras áreas de conhecimento “como as Humanidades e os procedimentos compreensivo-interpretativos” (Ayres, 2011, p. 1309).

No *aconselhamento relação* percebemos aproximação com a noção de vulnerabilidade. Esta tem orientado o modo de se considerar a questão do HIV-Aids, tanto por cientistas, quanto por gestores e profissionais de saúde (Parker, 2000; Ayres, et. al., 2003), ao contribuir com avanços significativos na abordagem da noção de risco, já que abrange análise da complexidade das situações (Almeida Filho; Castiel & Ayres, 2009).

A ideia de que o aconselhamento se constrói no próprio momento da relação profissional-usuário, parece confrontar referenciais hegemônicos do campo em questão. Destitui a centralidade do saber do profissional e orientação programática da intervenção, elementos caros ao modelo biomédico em saúde. Questiona a personificação, no indivíduo, das causas e condições da infecção pelo HIV. Na contramão daquela perspectiva individualizante, o *aconselhamento relação* concebe o sujeito inscrito numa história, reconhece valores que marcam a realidade social na qual se dão as trocas afetivas e sexuais que o envolve.

Nessa direção contra hegemônica do aconselhamento, o sujeito é considerado como ativo na condução de sua saúde. As dificuldades que, por ventura possam se apresentar na adoção de práticas sexuais protetivas, relacionam-se à sua própria inscrição no mundo, a como estabelece relações, vínculos e com quais valores sociais é instado a lidar.

Esse aspecto identificado no *aconselhamento relação* sugere que aconselhadores têm lidado de algum modo, com abordagem construcionista da sexualidade (Paiva, 2008), já que rejeitam o uso de referência biológica, essencialista para se tratar a sexualidade, típica da perspectiva sexológica. Ao contrário, de acordo com as análises, as entrevistadas expressam ideias de que a sexualidade é tecida na dinâmica das relações sociais. Estas envolvem os sujeitos e suas relações em teias simbólicas que guardam relações de poder e classificações hierarquizadas dos sexos (homem e mulher) e dos gêneros (masculino e feminino).

O *aconselhamento relação* rejeita, então, noções como individualização, interiorização, em sua concepção de sujeito. Ousamos nomeá-lo de sujeito-complexo ou sujeito-cidadão. Complexo porque atravessado por dimensões diversas, como a econômica, política, religiosa, de modo que apreendê-lo pode ser tarefa inócua, sendo mais estratégico, a partir da relação,

do diálogo, identificar/lidar com referenciais da sua realidade. Cidadão porque o *aconselhamento relação* acolhe a diversidade, a singularidade, o que sugere respeito às diferenças e compromisso com os direitos humanos e a promoção/fortalecimento da cidadania. “O que está em pauta, de maneira decisiva, é o *reconhecimento* de que existem múltiplas possibilidades legítimas de constituição do sujeito e de que diferentes formas éticas de subjetivação são também possíveis” (Birman, 1994, p. 114; *grifo do autor*).

A complexidade que envolve o *aconselhamento relação* é elemento com o qual lidam os profissionais de saúde, em sua rotina. Consideram que o trabalho junto ao usuário, em sua dimensão micropolítica, está intimamente relacionado com aspectos macrosociais da realidade. Alocação de recursos financeiros, posicionamentos políticos em relação a recursos humanos para a saúde, formatação de políticas, como as que orientam a oferta de teste anti-HIV e aconselhamento engendram fluxos de trabalho e rotina para os quais os profissionais de saúde têm encontrado posicionamentos produtivos, nos quais o usuário é prioridade. Isto é, os aconselhadores produzem mediações eficazes para lidar com a complexidade de questões que envolvem sua rotina.

Nessa perspectiva, o aconselhamento inscreve-se como prática em saúde que integra a complexidade da realidade que envolve o HIV-aids e a construção de respostas efetivas para esta epidemia, em nome da promoção de saúde. Vale à pena esclarecer que os modos de aconselhar identificados na análise das entrevistas – o instrução e o relação – não se constituem em modelos fixos. De forma geral, não se pode associá-los aos aconselhadores, como se estes fossem representantes de um determinado modo de aconselhar. Ao contrário, os profissionais de saúde transitam entre esses modos, ora assumindo práticas típicas do *aconselhamento instrução*, ora atuando de acordo com o *aconselhamento relação*. Talvez, ao apreender a complexidade da prática do aconselhamento podemos supor que estejamos na direção de uma “clínica contemporânea do HIV/Aids”, conforme anunciado por Bastos (2006); de práticas cotidianas, no campo da saúde, implicadas com a dimensão ético-política (Spink, 2010).

3.5. Considerações Finais

Os modos de aconselhar identificados na pesquisa informam sobre o dispositivo do aconselhamento na perspectiva dos entrevistados. O *aconselhamento instrução* parece assumir contornos de um discurso hegemônico com elementos que sugerem concentração de saber e poder no profissional de saúde e ênfase no caráter informativo que define a direção

dos procedimentos. Nessa lógica, profissional e usuário são distintos e posicionados hierarquicamente. O *aconselhamento relação* aparece mais sutilmente, podendo a ele ser identificado o *status* de contra hegemônico, sendo-lhe característico o diálogo entre profissional e usuário e a ausência de modelo protocolar que se imponha à relação propriamente dita. Apresenta quadro sugestivo de horizontalidade na relação e, por conseguinte, uma prática mais democrática.

Identificamos como tendência, que no modo *instrução* o usuário tende a ser reduzido como responsável/culpado por sua saúde, ou como um índice, contabilizado na quantidade de testes anti-HIV realizados. Já no modo *relação* outros elementos, para além do indivíduo, são acionados para se problematizar a eficácia e eficiência do aconselhamento. Aspectos relacionados à gestão do CTA, bem como à política municipal de DST-HIV/aids, além das direções que tomam as políticas estaduais e federal no enfrentamento da aids e aspectos de ordem social, cultural, econômica, religiosa, que atravessam as práticas sociais e engendram modos de subjetivação, são levados em conta, em maior ou menor grau de complexidade, no trabalho dos profissionais.

Cabe-nos problematizar, nesse quadro analítico construído na pesquisa, sobre dois aspectos presentes no cenário do aconselhamento e que consideramos estratégicos no que se refere à discussão sobre o enfrentamento da aids. Trata-se do debate sobre risco e do debate sobre sexualidade.

No caso da noção de risco, por exemplo, referenciais de perspectiva higienista, que datam do século XVIII (Ayres, 2011), apresentam-se nas entrevistas, como orientadoras da prática do aconselhamento. Perspectiva que responsabiliza e culpabiliza os sujeitos por sua condição sorológica também estão presentes no material.

A construção social do conceito de risco tem sido problematizada por vários autores que destacam aspectos importantes nesse campo. Num plano mais geral, diz-se que vivemos numa sociedade de riscos (Le Breton, 2009), lidando com ameaças em todas as esferas. O sentimento de insegurança é globalizado e as possibilidades de ameaça atingem a todas as pessoas, em diversas circunstâncias. Esforços para gerir todos os riscos que nos ameaçam colocam-nos diante de uma cultura da ansiedade (Castiel, 2011), de monitoramento da realidade e autovigilância, no sentido prevencionista.

À primeira vista, a possibilidade de infecção pelo HIV se constitui uma dessas ameaças atuais para as quais é indispensável postura segura. Essas construções em torno da categoria risco são, entretanto, datadas. Herança da modernidade e da pretensão iluminista de conhecimento pleno e controle (Ayres, 2011; 2007; Le Breton, 2009; Almeida Filho, Castel &

Ayres, 2009; Rios et. al., 2008), essa perspectiva instrumental de risco parece desconsiderar dimensões não previsíveis da existência, isto é, a contingência mesmo da vida.

José Ricardo Ayres (2011, p. 1309-1310) ao mesmo tempo em que reconhece a importância da Epidemiologia do Risco, em contribuir com possibilidades “preventivas e curativas das práticas de saúde contemporâneas”, pelo uso de ferramentas estatísticas, identifica dificuldades dos conhecimentos epidemiológicos em “lidar concretamente com os processos de saúde e doença”, caso se fixe no rigor matemático das projeções e probabilidades e não considere “aspectos subjetivos, relacionais, simbólicos e valorativos”.

Nessa direção é que tem sido sugerido o conceito de risco contingencial como alternativo aos conhecidos sentidos de risco utilizados na literatura – risco como perigo; risco individual; risco populacional; risco estrutural. A ideia de risco contingencial abrange a complexidade da vida e deve ser complementada por conceitos como o de vulnerabilidade (Almeida Filho, Castel & Ayres, 2009).

O conceito de vulnerabilidade tem possibilitado interessante revisão da ideia de risco, ao colocar-se como saber mediador, diante o qual, os sujeitos e grupos envolvidos participam do gerenciamento das práticas em saúde. Enquanto a noção mais ortodoxa de risco – numa perspectiva instrumental e de controle – consegue mostrar quem, onde e quando o risco se apresenta, o conceito de vulnerabilidade possibilita entender o porquê da situação em questão, já que envolve aspectos políticos, sociais, psicoafetivos, éticos, culturais (Almeida Filho, Castel & Ayres, 2009).

A abordagem da questão do risco de infecção pelo HIV, portanto, na prática do aconselhamento, merece muito cuidado, no sentido de que o profissional pode estar se posicionando a serviço da vigilância e controle dos indivíduos, o que os manteria reféns de determinações alheias sobre sua própria saúde. A noção de risco contingencial constitui interessante ferramenta para o trabalho do profissional de saúde, já que possibilita a emergência do usuário como sujeito ativo no seu autocuidado.

O outro aspecto problematizado diz respeito à abordagem da sexualidade, no encontro entre profissionais de saúde e usuários. A presença de abordagem construcionista e não apenas sexológica no tratamento de questões que envolvem a sexualidade, sugere postura produtiva na prática profissional em HIV-aids, conforme discute Vera Paiva (2008). Na perspectiva construcionista a relação homem-mulher e a submissão desta às determinações do parceiro, merecem ser pensadas criticamente. O machismo e a dependência financeira da mulher em relação ao parceiro são citados, pelos entrevistados, como elementos presentes em como se decide pelo uso ou não do preservativo. Nesses casos, a decisão concentra-se no homem que

se impõe à parceira, respaldado pela construção cultural do patriarcado, que desde a fundação da nossa sociedade tem sido imposta para organizar relações entre os sexos e os gêneros.

Ainda que essa direção apoiada em abordagem construcionista tenha sido identificada no material analisado percebemos certa fragilidade por parte dos profissionais em como manejar essas questões. Não identificamos no material das entrevistas, referência a um tratamento mais efetivo da sexualidade, no momento do aconselhamento. As entrevistas problematizam que a sexualidade é uma construção social (coerente com a abordagem construcionista), mas as aconseladoras parecem não dispor de recursos para utilizarem no diálogo com o usuário à sua frente. Experiências positivas nesse sentido são apresentadas por Vera Paiva (2008; 2002) que, a partir de influências de Jacob Moreno, Paulo Freire e Augusto Boal, tem utilizado a noção de *script* para trabalhar com indivíduos e grupos, o que tem permitido

ampliar detalhes da vida cotidiana, decodificar desejos, experiências prévias, recursos pessoais e comunitários, descobrir personagens onipresentes (pais, ex-parceiros, o pastor da igreja), ou crenças e valores encarnados em personagens. Permitirá também identificar desigualdades, relações de poder, avaliar o acesso à informação, a insumos, a serviços e observar o desrespeito ou violação de direitos relevantes em diversos cenários, palcos e interações intersubjetivas. (Paiva, 2008, p. 649)

Pesquisas futuras que tenham como objeto a investigação do manejo das questões envolvendo a sexualidade, no aconselhamento, na realidade de Pernambuco, merecem investimento. O elemento cultural implicado nesse debate convida-nos à formulação de conhecimentos e dispositivos de intervenção implicados com a realidade da população em foco.

Vale à pena pontuar que as aconseladoras não se referem, de forma geral, à acolhida e escuta, em sua rotina, de pessoas com práticas homossexuais e/ou bissexuais. Estariam as entrevistadas reproduzindo a cultura de heteronormatividade, que em nossa realidade é bastante próxima de práticas e referências homofóbicas? A solicitação para que as entrevistadas falassem de sua experiência, no momento em que ocorreu o diálogo com a pesquisadora, não condicionou que fossem relatadas situações que envolvesse apenas relações heterossexuais. Entretanto, essas tomaram a grande parte das narrativas. Investigar esse aspecto pode ser também objeto de atenção de futuros estudos. Para tanto, pode-se lançar mão de metodologias de observação e etnografias, coerentes com a questão em foco.

A pesquisa sinaliza para um dos grandes desafios no campo do enfrentamento do HIV/Aids, o de formar profissionais que incorporem em suas práticas, a lógica da construção social da relação saúde-doença e, assim, distanciem-se de procedimentos de vigilância e controle. Que se disponham a colocar em questão suas próprias concepções em torno de risco, sexualidade, prevenção e se exponham à literatura científica que vem sendo construída em

torno desses conteúdos; bem como assumam como tarefa a partilha de experiências, inquietações, exposição a pares, direção produtiva na própria formação e qualificação do serviço prestado. Como minimizar as distâncias entre a formulação de conhecimentos, a elaboração da política e sua execução, também merece ser objeto de atenção na formação de aconselhadore.

A prática do aconselhamento, enfim, inscreve-se num campo de forças que, no caso analisado, tem no *aconselhamento instrução* a construção hegemônica, enquanto que o *aconselhamento relação* se constitui como linha de fuga, ou seja, de rupturas do instituído. Reconhecer essa dinâmica, identificar o jogo instituído/instituente, isto é, elaborar conhecimentos sobre essa realidade se constitui em tarefa para todos - pesquisadores, gestores, profissionais de saúde. Talvez assim, poderemos construir indicações para dispositivos de intervenção que sejam, de fato, comprometidos com a reversão de quadros de opressão e desigualdades sociais. Com essa pauta em foco, certamente possamos contribuir para práticas de respeito aos direitos humanos, aos direitos sexuais e aos valores democráticos.

Referências

- Almeida Filho, N., Castiel, L. D. & Ayres, J. R. (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3): 323-344.
- Araújo, C. L. F. & Camargo Jr., K. R. (2004) *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas*. Rio de Janeiro: Folha Carioca.
- Ayres, J. R. C. M. (2007) Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v11, n21, p. 145-63.
- Ayres, J. R. C. M. (2011) Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cad. Saúde Pública*, 27(7): 1301-1311.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.117-139.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, F. I. (2006) *Aids na Terceira Década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- Birman, J. (1994) A sexualidade entre o mal e as maledicências. In: LOYOLA, M. A. *Aids e Sexualidade. O ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ.
- Campos, G. W. S. (2009) Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Carvalho, S. R., Barros, M. E. & Ferigato, M. S. *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo; Aderaldo & Rothschild.
- Corrêa, M. (1994) Medicalização social e a construção da sexualidade. In: Loyola, M. A. *Aids e Sexualidade. O ponto de vista das ciências humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ.
- Castiel, L. D. (2011) Editorial – Saúde, riscos e hiperprevenção. *Acta Paul Enferm* 24(4).
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2006) *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artemed.
- Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2004) A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: Bosi, L. M. & Mercado-Martinez, F. (orgs.) *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Ferreira Neto, J. L. (2011) Subjetividade e Território: para além da interioridade. In: _____ *Psicologia, Políticas Públicas e o SUS*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.
- Filgueiras, S. L. & Deslandes, S. F. (1999) Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,

15(sup. 2): 121-131.

- Foucault, M. (2007a) Sobre a história da sexualidade. In _____ *Microfísica do Poder*. 24ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2007b) A governabilidade. In _____ *Microfísica do Poder*. 24ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Galindo, W.C.M. (2008) *Intervenção Rural e Autonomia: a experiência da Articulação no Semi-Árido/ASA em Pernambuco*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Grüner, E.(coord.) (2011) *Nuestra América y el Pensar Crítico: fragmentos del pensamiento crítico de Latinoamérica y del Caribe*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociais – CLACSO.
- Kelle, U. (2002) Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: Bauer, M. W. & Gaskell, G. (editores) *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, p.393-415.
- Le Breton, D. (2009) *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Tradução Lólio Lourenço de Oliveira. Campinas: Autores Associados.
- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Mészáros, I. (2004) *O poder da ideologia*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Monteiro, J. F. A. & Figueiredo, M. A. C. (2009) Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia*, Jan-abr, vol. 19, nº 42, 67-76.
- Paiva, V. (2002) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v6, n11, p. 25-38.
- Paiva, V. (2008) A Psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicologia em Estudo*. Maringá. v. 13, n. 4, p. 641-651.
- Parker, R. (2000) *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Rios, Luís Felipe, Paiva, Vera, Maksud, Ivia, Oliveira, Cinthia, Cruz, Claudia Maria da Silva, Silva, Cristiane Gonçalves da, Terto Junior, Veriano, & Parker, Richard. (2008). Os cuidados com a "carne" na socialização sexual dos jovens. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 673-682.
- Santos, B. S. (2000) *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S. (2010) *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. 3ª ed. Vol. 4. São Paulo: Cortez.
- Santos, D. F. (2009) HIV/Aids e os Médicos em Formação: aprendendo a cuidar de vírus ou pessoas? In: Camargo Jr., K. R. & Nogueira, M. I. *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Santos-Filho, S. B. (2009) Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: Santos-Filho, S. B. & Barros, M. E. B. *Trabalhador da Saúde – Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí: Ed. Ijuí.
- Souza, V. & Czeresnia, D. (2007) Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 11(23), 531-48.
- Spink, M. (2010) J. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*. Vol. 12, nº 1, 41-56.
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde*. Natal, RN: Editora da UFRN.
- Turato, E. R. (2003) *Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.

Textos do Ministério da Saúde

- Brasil. (2010) Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil*. Brasília: MS.
- Brasil. (2003) *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1999) Ministério da Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: MS.
- Brasil. (1998) Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. 3ª ed. Brasília: MS.
- Brasil. (1993) Ministério da Saúde. *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: MS.

4. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/aids^{13|14}

Resumo: Problematiza-se a formação de aconselhadores em HIV/aids, exigência do Ministério da Saúde (MS) para que profissionais de saúde desenvolvam esta prática junto ao usuário que busca testagem anti-HIV. Abordar a formação é estratégico para qualificar sua prática na direção de construção de respostas mais eficazes e efetivas à aids. Análises de Manuais do MS e de entrevistas com aconselhadores, realizadas em pesquisa de tese (em andamento), subsidiam a discussão. Destacam-se das análises dos Manuais uma concepção de subjetividade-identidade, como uma marca inexorável, definida pelas práticas sexuais do usuário, além de tendência prescritiva e diretiva nas recomendações aos profissionais. Das entrevistas, são abordados os modos de aconselhar identificados – instrução e reflexão. Estes achados somam-se às reflexões em torno do aconselhamento que, como dispositivo em saúde, é considerado como produção não-material no contexto das reflexões sobre o mundo do trabalho nas sociedades capitalistas. Sugere-se que o aconselhamento tende a ser capturado por uma perspectiva mercadológica, pela íntima associação entre racionalidade científica e econômica, no campo da saúde. Esse arranjo é sustentado pela ainda hegemônica ideologia biomédica nas práticas em saúde. Para escapar dessa direção, sugere-se posicionamento crítico do aconselhador na execução de seu trabalho, evitando postura diretiva e protocolar. O aconselhamento-relação apresenta-se como modo de aconselhar alternativo, pelo uso de tecnologias leves, relações horizontalizadas, respeito às singularidades e o protagonismo do usuário nos cuidados de si. São apresentadas, finalmente, proposições (princípios e conteúdos) para a realização de processos formativos na direção do aconselhamento-relação.

Palavras chave: aconselhamento; pessoal de saúde; educação em saúde.

Propositions for HIV/aids counselors' formation

Abstract: This paper problematizes HIV/aids counselors' formation, a demand from the Ministry of Health (MH) so that health professionals can develop such practice with people searching for anti-HIV testing. It is strategic to approach formation in order to qualify the practice towards the construction of more efficient and effective answers regarding aids. The

¹³ Elaborado com coautoria de Ana Lúcia Francisco e Luís Felipe Rios, este artigo foi submetido e está sendo avaliado pela Revista *Physis Saúde Coletiva*.

¹⁴ O material aqui trabalhado compõe pesquisa de doutorado em Psicologia Clínica, na Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), sobre o Aconselhamento em HIV/aids em CTA de Pernambuco. A pesquisa tem o financiamento, a partir de Bolsa de Doutorado, da Fundação de Apoio e Incentivo à Pesquisa no Estado de Pernambuco (Facepe).

discussion is based on the analysis of MH manuals and interviews carried out with counselors during the ongoing thesis research. Manuals' analysis highlight a conception of subjectivity-identity as an inexorable mark, defined by individuals' sexual practices and a directive and prescriptive tendency in recommendations addressed to professionals. When it comes to the interviews' analysis, the highlight is on identified ways of counseling – instruction and relation. Such findings add to reflections on counseling, treated as a health device and as a non-material production in the context of capitalist societies' world of work. It is suggested that counseling tends to be captured by a marketing perspective, given the close association between scientific and economic rationality in the health issue. Such arrangement is sustained by the still hegemonic biomedical ideology in health practices. To escape such direction, a critical positioning from the counselor within the work execution is suggested, avoiding directive and protocol based attitudes. Counseling-relation is presents as an alternative way of counseling, by the usage of light technologies, horizontal relations, respect to singularities and individual's protagonism regarding self-care. Finally, propositions (principles and contents) for the achievement of formation processes are presented aiming to counseling-relation.

Keywords: counseling; health staff; health education.

4.1. Introdução

O aconselhamento é um dispositivo em saúde coletiva preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para acompanhar exame anti-HIV, disponibilizado à população brasileira em unidades de saúde. No final da década de 1990, o MS instituiu os Centros de Testagem e Aconselhamento em DST/Aids (CTA) como unidades de referência para diagnóstico e prevenção de DST/aids (Brasil, 1999; 1998; 1993). Políticas de expansão têm ampliado, mais recentemente, as possibilidades de testagem e aconselhamento para além dos CTA (Brasil, 2005). O aconselhamento é ancorado em três tarefas - informar, avaliar riscos e apoiar emocionalmente o usuário, devendo ser exercido por profissional de saúde capacitado para tal.

Vários aspectos têm sido colocados em debate sobre o trabalho em saúde, na sociedade contemporânea. Associa-se o trabalho em saúde ao quadro geral dos serviços; argumenta-se que ele não é produtivo, posto que, de acordo com teóricos de inspiração marxista o produto, por excelência, da sociedade capitalista é a mais-valia, não gerada pelo trabalho em saúde, ao menos quando exercido por profissionais liberais, sem vínculo empregatício (Pires, 2008; Traverso-Yépez, 2008). O aconselhamento em HIV/aids, como prática de cuidado no campo da saúde, está sendo considerado como trabalho não-material, cuja produção e consumo ocorrem no mesmo momento em que é executado, diferente, portanto, da produção material, típica da indústria (Merhy, 2007).

Embora o debate sobre o trabalho em saúde envolva tantos aspectos, neste artigo são apresentadas reflexões sobre a prática do aconselhamento em HIV-aids no Sistema Único de Saúde (SUS). O material exposto é parte de pesquisa de tese (em andamento) sobre aconselhamento em HIV/aids. A abordagem do tema, neste artigo, é inspirada pelas etapas anteriores do desenvolvimento da referida pesquisa, a saber: análise de Manuais do MS sobre aconselhamento, no que se refere às concepções de subjetividade e às recomendações aos profissionais de saúde para execução de seu trabalho; análise de entrevistas realizadas com aconselhadoreis atuando em CTA. Como produto das etapas anteriores da pesquisa foram produzidos três artigos e submetidos à avaliação de revistas científicas (dois deles já no prelo). Neste trabalho, estes três artigos serão acionados para contribuir com as reflexões propostas, não sendo, portanto, aprofundados nas questões teóricas e metodológicas que os embasam.

Cabe esclarecer que o caminho reflexivo adotado no presente artigo parte de um plano analítico de problematização e debate das questões em foco, para então, assumir um caráter

propositivo quanto à formação de aconselhadores em HIV-aids. As proposições para a formação são dirigidas à prática específica do aconselhamento, não sendo extensivas ao debate sobre a formação em cursos de graduação. As indicações apresentadas estão implicadas com o desafio de se construir respostas efetivas e eficazes à aids. O aconselhamento como dispositivo está envolvido na desafiante tarefa de barrar a cadeia de transmissão do HIV, em especial, nas situações de risco de infecção por exposição sexual. Juntamente com insumos disponíveis no SUS (preservativos, profilaxia pós-exposição), o aconselhamento é dispositivo imprescindível no enfrentamento da disseminação do HIV.

Pesquisa sobre mudanças na testagem anti-HIV com amostra representativa do Brasil urbano, escutando homens e mulheres de 16 a 65 anos de idade, identificou que em 2005, metade das pessoas testadas dizem não ter recebido aconselhamento pré-teste ou pós-teste (França Júnior, Calazans, Zuchi, 2008). Esse dado é bastante preocupante, já que a associação entre testagem e aconselhamento

propicia reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção por meio de mudanças comportamentais. Estima-se que novas infecções poderiam ser reduzidas em 30% ao ano caso todas as pessoas infectadas soubessem sua sorologia para o HIV. (p. 95)

Em relato sobre a experiência na construção de políticas públicas em DST/aids no Estado de São Paulo, Gonçalves e Pupo (2003) destacam como fator alarmante na realidade encontrada, a falta de preparo de profissionais de saúde para o trabalho com prevenção e aconselhamento, já que a maioria deles não havia passado por treinamento específico para atuação nesses campos. Além disso, era comum a esses profissionais citarem mídias populares (TV, rádio, revistas) como fontes de informação sobre DST/aids, indicando ausência de fundamentos consistentes para a atuação neste campo.

A formação de profissionais para área de saúde tem sido problematizada em pesquisas. Em estudo etnográfico acompanhando médicos que assistiam a pessoas vivendo com HIV e/ou aids, Santos (2009) associa as dificuldades desses profissionais em prestar atenção mais humanizada, à própria formação. “O aprendizado de ser médico relega a segundo plano os aspectos subjetivos do processo de adoecimento” (p. 98). O treinamento médico é voltado para a doença e em como curá-la, não oferecendo subsídios para o atendimento à pessoa e para a escuta de aspectos subjetivos do paciente. Assim, a prática desses profissionais fica restrita à intervenção técnica, conforme a hegemônica herança biomédica desse campo de saber.

Quanto à formação para atuação em saúde pública Ferreira Neto (2008) destaca o descompasso entre a capacidade de empregabilidade do SUS, desde sua fundação, e o

desenho pedagógico das graduações na área de saúde. “Estas permanecem reféns de uma tradição de atenção individual, do trabalho profissional isolado, da prevalência de um ensino técnico e, na maior parte das áreas, biomédico” (p. 143).

Nesse sentido, as ações de cuidado no SUS carecem de maior articulação entre teoria e prática, além de uma necessária ampliação da atenção individual para coletiva, perspectiva que embasa a lógica do Sistema. No campo específico da formação em Psicologia, por exemplo, a dissociação entre psicologia clínica e psicologia social, comunica ao formando uma separação artificial de aspectos da vida humana (Ferreira Neto, 2004).

Pensar a formação de profissionais de saúde para a prática do aconselhamento em HIV/aids, portanto, constitui tarefa importante no sentido de qualificar esse tipo de cuidado, que é estratégico para uma resposta mais efetiva à aids.

4.2. O aconselhamento no campo do trabalho em saúde

Aprendemos com Karl Marx (1985) que é na produção social de suas vidas que os humanos vivem relações de produção correspondentes à determinada etapa do desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. Os estudos de Marx identificaram a sociedade vigente – a que temos até hoje – como capitalista e seu modo de propriedade correspondente, o privado. O pensamento de Karl Marx, bem como o de seus sucessores e críticos, tem inspirado muitas produções sobre a questão do trabalho nas sociedades capitalistas. Grande parte delas tem sido dirigida à produção industrial de bens materiais.

De acordo com Traverso-Yépez (2008, p. 69), “o setor serviços de saúde tende a funcionar com igual lógica de mercado que o setor de produção”. Concorre para esse quadro a associação entre as racionalidades científica e econômica, cuja valorização do modelo biomédico é expoente. A questão é que esse modelo, a partir do uso de tecnologias médicas, prioriza o controle e prevenção de doenças, deixando “de lado as condições sociais de vida e a subjetividade da pessoa que sofre” (p. 72), reduzindo assim, a saúde a um tipo de mercadoria.

Análise de Manuais do MS sobre concepções de subjetividade na prática do aconselhamento em HIV-aids (Galindo; Francisco; Rios, no prelo_a) indica que a subjetividade dos usuários é concebida como uma identidade, cuja definição é baseada nas práticas sexuais. A subjetividade-identidade com a qual lidam os Manuais reduz os usuários a marcas valorativas inscritas no campo discursivo em torno da aids. Ganham destaque nos Manuais referências a homossexuais, mulheres, gestantes, pessoas com diagnóstico de tuberculose, cuja associação com situações de risco é direta. Assim, usuários são identificados

a grupos e/ou comportamentos considerados *de risco*, associação dos primeiros tempos da aids, cuja efetividade tem sido questionada no quadro de respostas à epidemia (Souza; Czeresnia, 2007; Ayres; França Júnior; Saletti Filho, 2003; Parker, 2000).

A concepção de subjetividade-identidade engendra saberes, orienta práticas não comprometidas com a promoção da saúde e agenciamento de ações de cuidados. Ao contrário, reduzir os sujeitos a uma identidade como uma marca da qual não se escapa, parece estar a serviço do controle da população, controle dos corpos que o Estado de governo agencia como biopolítica, reproduzindo tendência histórica nas sociedades ocidentais (Rios; Parker; Terto Júnior, 2010; Spink, 2010; Foucault, 2007; Caliman, 2006).

A ideia da saúde como um tipo de mercadoria pode estar orientando a dinâmica que engendra os modos de trabalho no campo do aconselhamento em HIV/aids. Recomendações do MS a aconselhadores em HIV/aids¹⁵ são sugestivas da postura mecânica e reprodutora esperadas deste profissional. De acordo com os Manuais, o aconselhador é agente ativo na cena do aconselhamento, diante do usuário que passivamente recebe orientações. As recomendações são marcadas pela racionalidade instrumental típica da organização capitalista do trabalho (Vasconcelos, 2007), isto é, quase como um circuito do tipo de produção industrial em que o aconselhamento é caracterizado pela emissão de informações do profissional (*input*) ao usuário que, ao processá-las, poderá gerar mudanças de comportamento (*output*).

Além disso, as recomendações assumem caráter diretivo, prescritivo, como se o encontro com o usuário fosse previsível e burocratizável. Nas recomendações não são aprofundados debates sobre *como* intervir, negligenciando, assim, os aspectos singulares dos usuários e do encontro. Também tomam essa direção as recomendações para formação de aconselhadores, indicadoras de concepção simplista e reducionista da complexa tarefa do profissional de saúde e da dinâmica de sua relação com o usuário.

Nesse sentido, portanto, foi identificado nas recomendações do MS, que os aconselhadores não participam efetivamente das ações interventivas na rotina do CTA nem da construção do programa de formação. Ao contrário, os trabalhadores da saúde parecem reduzidos a executores de procedimentos, a exemplo do que ocorre na produção material (industrial). Assim, um componente de *alienação*, de *não-saber*, já bastante discutido ao se abordar a lógica capitalista de produção material (Marx, 1984), parece estar presente também na prática do aconselhamento.

¹⁵ Artigo “Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV-aids”, em fase de formatação para submissão.

O *não-saber* implícito na produção material constitui um dos mais significativos antagonismos do capitalismo. Caracteriza-se pelo alheamento do trabalhador ao todo do processo produtivo, reduzindo seu conhecimento à ação que executa em uma pequena parte da cadeia de produção. Ao mesmo tempo em que o trabalhador participa da produção de algo que seria incapaz de fazer sozinho, ele desconhece em detalhes, o processo dessa produção. *Não-saber*, ao mesmo tempo em que garante o distanciamento dos operários de reflexões aprofundadas sobre as relações de trabalho no capitalismo, possibilita a manutenção da linha de produção. Por isso, alterações nesse quadro não se conseguem apenas pela compreensão racional dos antagonismos no processo de trabalho, isto é, pela abordagem de conteúdos. É no campo das práticas que se pode alterar o jogo de forças no qual o trabalho é executado. Como diz Žižek (1996; 1992) os trabalhadores podem até saber o que fazem (um trabalho mecânico, fragmentado do todo, com remuneração aquém dos lucros que gera), mas continuam fazendo (executando ações mecânicas pontuais que garantem o funcionamento da linha de produção).

Como modalidade de trabalho em saúde, o aconselhamento é, em tese, de ordem não-material (Merhy, 2007). Mas, como o setor de serviços de saúde tende a funcionar com igual lógica de mercado que o setor produtivo, o aconselhamento tende a funcionar como uma mercadoria (Traverso-Yépez, 2008).

Um componente de *não-saber* parece estar na base das recomendações do MS sobre a prática do aconselhamento, já que não abordar os fundamentos das orientações, bem como não explicitar o *como* fazer, reduz o trabalho dos profissionais de saúde ao cumprimento de procedimentos mecânicos, burocráticos. *Não-saber* sobre seu próprio trabalho parece garantir sua execução de forma acrítica, repetindo um *fazer* padronizado, previsível. Essa norma termina por garantir interesses do Estado de governo no controle das populações (usuários em atendimento) e dos trabalhadores de saúde, enrijecidos em procedimentos que impedem a criação de práticas de cuidado que priorizem o usuário.

Explicitar esse quadro aos trabalhadores da saúde – como recurso para alterar possíveis práticas reprodutoras de um trabalho mecânico, distante de perspectiva mais complexa na abordagem das questões no campo da saúde - não é suficiente para promover alterações na sua prática (Žižek, 1992), em benefício de respostas mais efetivas à aids. Investimentos no campo da prática, portanto, merecem ser feitos, no sentido de uma formação de profissionais que estejam implicados com a complexidade do trabalho que executam. Nessa perspectiva, apresentaremos proposições para a formação de aconselhadores em HIV/aids.

Pesquisa empírica com aconselhadores atuando em CTA de Pernambuco (Galindo; Francisco; Rios, no prelo_b) confirma a tendência em reduzir o aconselhamento a uma prática

protocolar. Chamamos de aconselhamento-instrução o modo de aconselhar que enfatize o caráter informativo além de concentrar saber e poder na figura do profissional de saúde. No aconselhamento-instrução, que tem *status* de modalidade hegemônica, o usuário é considerado responsável por sua condição sorológica, inclusive pela redução de índices de infecção pelo HIV, associada à mudança de seu comportamento. Os profissionais de saúde, nesse tipo de prática, são agentes do biopoder, isto é, põem em ato, no encontro com o usuário, as recomendações do MS de educar, orientar, adotando postura de vigilância de comportamentos.

Nesta mesma pesquisa identificamos, ainda que de forma tênue, um modo de aconselhar a que chamamos aconselhamento-relação. O usuário é considerado em sua singularidade, sendo rejeitadas quaisquer noções de individualização, interiorização que poderiam remeter à compreensão de uma identidade¹⁶. No aconselhamento-relação o usuário tem participação ativa; é respeitado em suas próprias construções em torno dos temas abordados, o que direciona o encontro com o profissional, não havendo um protocolo que oriente previamente o trabalho do aconselhador. Este tem como tarefa primordial escutar, acolher, facilitar processo reflexivo por parte do usuário, no sentido de que ele possa fazer deslocamentos, rearranjos nos modos como organiza sua vida e sua relação com as questões em foco, sempre na perspectiva de promoção da saúde.

As *ferramentas* de trabalho do aconselhador, nessa modalidade, assemelham-se ao que Merhy (2007, p. 49) nomeia de “tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, [que estão] para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção” não-material, que é o aconselhamento. O autor chama esse tipo de tecnologia de *leve*, diferenciando-a das *leves-duras* (saberes estruturados) e *duras* (equipamentos, máquinas).

Identificamos, ainda, no aconselhamento-relação, o que Merhy (2009) chama de encontro de intercessão partilhada, caracterizado pela troca, diálogo entre trabalhador e usuário. Esse tipo de encontro favorece a expressão de linhas de fuga, isto é, de movimentos instituintes em relação ao modelo instituído envolvido. Por isso, o espaço intercessor¹⁷ possibilita que o trabalho em saúde seja do tipo “vivo em ato”, cabendo aos profissionais de saúde (e gestores), compreender o que tal espaço está comunicando quanto à atenção dispensada à população. É desde o encontro com o usuário, portanto, que o profissional de

¹⁶ Essa modalidade de aconselhamento sugere articulações com a concepção de subjetividade-cidadã, identificada na análise dos Manuais como alternativa sutil à hegemônica subjetividade-identidade (Galindo; Francisco; Rios, no prelo_a).

¹⁷ O autor apoia suas reflexões no conceito de intercessor, de G. Deleuze.

saúde poderá desenvolver mudanças em sua prática, dispensando à população o cuidado devido, tentando assim escapar da tônica mercadológica na saúde.

A partir da pesquisa realizada, defendemos que o aconselhamento seja tratado como um dispositivo e não meramente como uma técnica de trabalho no campo de saúde. Um dispositivo é constituído por vários aspectos, dentre os quais leis, discursos, regulamentações, enunciados científicos, referências morais, organizações arquitetônicas, aspectos filosóficos (Foucault, 2007). Como dispositivo, o aconselhamento em HIV/aids parece estar organizado em torno de questões que envolvem o diagnóstico do HIV, com vistas ao controle da epidemia de aids. À primeira vista, é uma interessante perspectiva no quadro de respostas à aids. Entretanto, quando aprofundamos a compreensão da dinâmica que assume os diversos elementos implicados no aconselhamento, temos que a vigilância e o controle da população aparecem como estratégia; os sujeitos que buscam o aconselhamento são reduzidos a concepções associadas às suas práticas sexuais como norteadoras do que são e como se comportam; a relação profissional de saúde-usuário assume a tendência de ser diretiva e prescritiva. O dispositivo do aconselhamento, nesse sentido, está a serviço do controle dos corpos.

Defendemos que o dispositivo do aconselhamento esteja implicado com a emancipação de sujeitos e coletividades, no campo da saúde. A própria pesquisa nos dá pistas de como assumirmos essa direção do aconselhamento. Trata-se das expressões identificadas nas análises, como *potência*: da subjetividade-cidadã para se considerar o sujeito do aconselhamento (e não a subjetividade-identidade); do aconselhamento relação, como modo de aconselhar (e não o aconselhamento instrução). É nessa direção, portanto, que traçamos proposições para a formação de profissionais nesse campo.

4.3. Proposições para Formação de Aconselhadore

Se, por um lado, constata-se que o trabalho em saúde é do tipo não-material, isto é, ‘é feito e consumido’ no momento mesmo em que acontece, por outro lado, a ainda hegemônica ideologia biomédica na área reflete uma racionalidade econômica e tecnológica a serviço, prioritariamente, de interesses do capital, e da manutenção dos antagonismos do capitalismo, mesmo que isso não seja tão explícito.

Debate interessante sobre formação de profissionais de saúde foi feito por Ceccim e Feuerwerker (2004) ao proporem que a formação seja pautada no *quadrilátero* ensino, gestão, atenção e controle social. A articulação desses quatro vetores, presentes na realidade do

trabalho em saúde, deveria ser objeto de atenção nos cursos de formação em saúde. De acordo com os autores, as instituições formadoras têm repetido um modelo conservador em suas práticas.

A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. (p. 43)

Medeiros (2010), ao dialogar com o artigo de Ceccim e Feuerwerker (2004), propõe que cada elemento do *quadrilátero* seja considerado como organizador de um tipo de discurso. Argumenta a favor de que o eixo nomeado de Controle Social seja chamado de Usuário, pelo caráter de cidadania que é atribuído àquela dimensão. Essa torção na produção original é inspirada no trabalho de Jacques Lacan que “procurou formalizar, através da dialética hegeliana, do marxismo, da matemática e da lógica moderna, um estudo sobre as possibilidades de subversão aos discursos vigentes, o que viria a chamar de discurso analítico” (p. 501-502). Para Medeiros, o dispositivo criado por Lacan possibilitou a análise do discurso analítico, a partir da construção de um sistema em que se articulam os discursos do mestre, da universidade, do analista e da histeria¹⁸.

Ainda que as contribuições de Medeiros (2010) sejam consideradas por ele como em processo de elaboração já que indicam continuidade de seus estudos, vale à pena destacar a hipótese de trabalho do autor, de que talvez seja “mais rico para a pesquisa e adequado à realidade, considerar o elemento chamado de *usuário* como o sujeito (...), ou seja, o que excede e provoca a subversão em determinado discurso dominante” (p. 511). Consideramos que esse posicionamento é semelhante ao defendido por Merhy (2009), de que é no encontro com o usuário que se tem acesso ao instituinte, isto é, ao que pode escapar e/ou subverter uma dada ordem.

Para o trabalhador em saúde atuar nesse campo é mobilizador de inquietações. De acordo com as reflexões apresentadas, para evitar sua sujeição à lógica do *não-saber* e, enfim, desenvolver seu trabalho na direção de que o *usuário* seja sujeito do processo de atenção à saúde, parece sensato considerar que o trabalhador deve assumir posicionamento crítico diante do contexto no qual desenvolve suas atividades. Assim, poderá construir criativamente fazeres cujo impacto extrapola uma intervenção meramente técnica, mobilizando nos usuários em atendimento, nos colegas de trabalho, na rotina da unidade de saúde, processos que podem

¹⁸ Para aprofundar a análise que o autor faz dos discursos no campo da saúde por analogia aos discursos estudados por J. Lacan, conferir o artigo de referência.

ser capazes de engendrar novos modos de ser e de agir distintos daqueles comprometidos com a manutenção dos discursos vigentes. O campo, por excelência, onde essas mudanças são possíveis, é o do encontro com o usuário.

Apresentamos princípios e conteúdos que possam subsidiar a formação de aconselhores em HIV/aids seja por mobilizar reflexões em aconselhores já atuando na função, seja orientando o desenho pedagógico de capacitações de profissionais que ainda iniciarão seu trabalho nesse campo. São pistas que podem ser aprofundadas em estudos subsequentes.

Princípios para a Formação

Habilidades para conduzir um aconselhamento em HIV/aids merecem ser desenvolvidas a partir da compreensão/estudo das diversas dimensões implicadas nessa prática. Consideramos *habilidades*, nesse contexto, a integração de aspectos objetivos (informações sobre possibilidades de infecção, formas de prevenção, história da epidemia da aids, perfil epidemiológico atual) e subjetivos (dúvidas, inquietações, fantasias do usuário em torno dos temas em questão, bem como modos de expressão da sexualidade, de obtenção de prazer sexual, de arranjos afetivo-sexuais que vivencia, enfim, de como lida com os aspectos em foco) na prática profissional.

A *compreensão/estudo das dimensões* implicadas no cuidado ao usuário, referida acima, envolve investimentos racionais e afetivos do profissional em formação. A mera transmissão de informações ao profissional de saúde em formação, sobre os temas em questão é insuficiente para um aprendizado que possibilite uma abordagem humanizada do usuário. Os processos de formação precisam mobilizar os profissionais a se engajarem no aprofundamento dos conteúdos, mas, ao mesmo tempo, merecem tratar essa tarefa com cuidado para que a *forma* que assumem as relações no processo formativo seja de fortalecimento da autonomia do profissional e de princípios democráticos. Alguns cuidados merecem ser tomados pelo/a facilitador/a da formação, como o uso de linguagem simples e acessível, evitando-se a utilização de jargões específicos de determinado campo de saber. A valorização da experiência já acumulada dos profissionais em formação também merece destaque, já que o conhecimento não está concentrado no facilitador, mas *circulando* no processo. É imprescindível também garantir abertura para que os profissionais se expressem o que, certamente, contribuirá para abordagem de valores, concepções, isto é, referências pessoais sobre os temas em foco, possibilitando ao facilitador problematizar os assuntos abordados. Outro recurso nessa direção é ilustrar

os trabalhos com casos clínicos de aconselhamento (reais ou fictícios), provocando os formandos a refletirem sobre a situação apresentada, o que fortalece a perspectiva do aconselhamento como campo aberto no qual o profissional precisa ajustar sua prática às questões trazidas pelo usuário. Essa direção, portanto, afasta a ideia de que o aconselhamento tenha um roteiro protocolar previamente definido.

Por sua vez, estas dimensões apresentadas explícita ou implicitamente pelo usuário, no momento do atendimento, podem ser de ordem pessoal, social, institucional, dentre outras. Aspectos ligados à vida mais íntima do usuário, relacionados à motivação para buscar o aconselhamento, às concepções, valores, fantasias em torno dos temas em questão e aspectos da própria vivência da sexualidade, precisam ser tratados com cuidado e atenção. Como o usuário apresenta, no aconselhamento, aspectos implicados com dinâmicas sociais mais amplas, como religião, política, economia, também devem receber atenção. Quanto às questões institucionais, é importante ter sensibilidade para aquelas relacionadas ao percurso do usuário até o momento do aconselhamento. Como chega ao aconselhamento - se por demanda espontânea, se vem por encaminhamento de outra unidade de saúde - pode ter significados diferentes para o próprio usuário. Nesta dimensão também estão envolvidos os elementos que já compõem a relação do usuário com a unidade de saúde, antes mesmo de chegar ao aconselhamento, como acolhida na recepção, tempo de espera para ser atendido e demais aspectos do fluxo de rotina do serviço.

Ainda que este campo de força tenha um recorte pessoal, a partir da história de cada usuário, podem ser aprofundadas pela equipe de aconselhores, em reuniões de estudo. A realidade local do município, bairro, ou comunidade que busca o aconselhamento pode ser estudada com a especificidade necessária. Faz-se imprescindível não generalizar conhecimentos de uma realidade para todas, sob o risco de incorrer em violência simbólica, isto é, na imposição de uma compreensão da realidade sem considerar as particularidades de cada situação. No caso de um curso de capacitação, pode ser feito um exercício, convidando os formandos a identificarem, por exemplo, especificidades culturais (de determinada localidade) em relação aos temas em questão (uso do preservativo, arranjos afetivo-sexuais).

Para as equipes que já têm uma prática, é importante garantir momentos nos quais sejam realizados estudos temáticos, estudos de caso e ajustes de procedimentos, para dar um caráter processual à formação, evitando a ideia de que ela é pontual e esgota-se após a conclusão de um curso/encontro formal. Nos encontros de equipe podem ser estudadas as situações vivenciadas na unidade de saúde, de modo que o emergente do aconselhamento - isto é, o que é da

ordem do instituinte, perceptível diante de um encontro do tipo partilhado - seja valorizado como indicador do tipo de relação construída entre profissional e usuário e entre unidade de saúde e usuário, a partir do que podem ser feito ajustes na perspectiva de qualificar o trabalho.

Conteúdos para a Formação

Os conteúdos a serem trabalhados na formação devem estar em segundo plano em relação à *forma* que assumem os processos formativos, mas, não devem ser considerados inferiores, por isso. Como os conteúdos embasam concepções e práticas, é importante permitir a sua expressão o mais livremente possível; assim, a problematização de pensamentos e sentimentos apresentados pelos profissionais de saúde em formação possibilitará revisões nos modos como compreendem e atuam no aconselhamento. Cuidados com a *forma* que assume o processo formativo podem contribuir para a espontânea expressão do que pensam, sentem, acreditam e rejeitam os próprios profissionais, o que é material de atenção na formação. Assim, defendemos que os conteúdos não *falem por si*, isto é, não se bastem para que um profissional de saúde se torne aconselhador; a sua experiência ao abordar os conteúdos é que produz significativas aprendizagens. Sugerimos, portanto, que a abordagem dos conteúdos afaste-se de uma apresentação objetiva, uma explanação e, ao contrário, seja trabalhada em processos participativos nos quais os aconselhadores em formação sejam convocados a serem protagonistas de suas aprendizagens.

Com esse desafio, elencamos alguns conteúdos importantes para compor o processo formativo, mas alertamos que a dinâmica histórica da epidemia de aids e a resposta que temos construído para ela merece ser considerada criticamente, já que pode nos indicar novos temas a serem considerados nos processos formativos de aconselhadoras.

Sobre a infecção pelo HIV, vários conteúdos merecem atenção, dentre eles, as formas de se contrair o vírus (de mãe para filho; pelo sangue; pelo sexo) e a diferença entre o HIV (vírus) e aids (doença), com destaque para a importância de diagnóstico precoce para convivência com o HIV/aids. Nesse debate consideramos importante trabalhar a mensagem de que o HIV é um organismo vivo e, no corpo humano, encontra alimento no sistema imunológico. Ainda no quadro de questões em torno da infecção, merecem ser incluídas informações sobre a assistência a pessoas soropositivas, inclusive a necessidade de exames para avaliar a necessidade de medicação antirretroviral. Esses conteúdos possibilitam o diálogo com questões emblemáticas no campo do HIV/aids, que muitas vezes aprisionam as pessoas em atitudes e comportamentos que pouco auxiliam nos cuidados com a saúde. Trata-

se, por exemplo, da ideia de que HIV e aids são a mesma coisa; a equivocada referência de que sintomas como perda de peso e queda de cabelo são sinais da presença de aids no organismo; a expectativa de iniciar medicação logo que se recebe um resultado soropositivo para HIV. Enfim, o bloco de questões em torno de infecção merece atenção cuidadosa em função dos diversos aspectos que podem estar arrançados de tal modo, equivocadamente, que comprometem o cuidado das pessoas para com sua saúde. Além disso, os conteúdos sobre infecção poderão auxiliar o usuário a reposicionar-se diante da relação com o Estado em sua função de garantir acesso aos serviços e procedimentos em saúde.

As políticas públicas no campo do HIV/aids constituem um segundo bloco de questões a serem consideradas na formação. A articulação da resposta à aids com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive com o reconhecimento de que aquela resposta inspirou, em muito, o desenho do SUS, é conteúdo imprescindível a ser abordado. O estudo sobre como prevenção e assistência estão associados na resposta brasileira à aids, desde os seus primórdios, e como se expressam na realidade atual é outra questão importante. Como os equipamentos CTA, SAE, PSF têm lidado com o enfrentamento da aids, inclusive com reflexões sobre o desenho que vem tomando essa estrutura nos municípios nos quais os aconselhadores em formação atuam, pode se constituir em estratégia interessante de mobilização para que os profissionais de saúde se engajem politicamente na construção das políticas locais de aids.

Além dos aspectos emblemáticos da estruturação política dos governos para responder à aids, a história social da epidemia no Brasil merece atenção, em especial, as construções discursivas que, na nossa realidade, associaram o risco de infecção a grupos específicos, socialmente já marcados por estigmas e exclusões, como homossexuais, prostitutas, usuários de drogas. Abordar essas questões pode ser estratégico para o estudo sobre mudanças no perfil epidemiológico da aids, tanto em nível nacional, quanto nas realidades locais dos profissionais em formação, o que poderá mobilizá-los a elaborarem ações específicas para determinados grupos que se figurem mais vulneráveis à infecção. Nesse bloco de questões é possível avançar no estudo de temas como preconceitos e tabus e o desafio de lidar com eles no atendimento à população.

Um capítulo dedicado à abordagem da subjetividade torna-se imprescindível em um programa de formação de aconselhadores. A perspectiva de que concepções de subjetividade são marcadas por uma construção sócio histórica contribuirá para reflexões críticas sobre a tendência histórica das sociedades ocidentais de que a sexualidade defina o sujeito. A abordagem desses conteúdos convida para o debate sobre singularidades, diversidade sexual,

temas que possibilitam a atenção mais produtiva ao usuário, no aconselhamento.

As tecnologias envolvidas no trabalho do aconselhamento são outro tópico imprescindível na formação das aconseladoras. Os profissionais precisam saber sobre os diversos tipos de exames anti-HIV existentes e a interpretação dos resultados, além do que será utilizado na rotina da unidade em que trabalham. Essas informações poderão contribuir no diálogo com o usuário, caso este demande esclarecimentos dessa ordem. A valorização de tecnologias leves no trabalho com o usuário, como escuta, olhar, atenção, acolhida, diálogo, vínculo, contribuirá para qualificar a atenção dispensada à população. Além disso, o estudo sobre tipos de relação entre trabalhador da saúde e usuário - objetual e partilhada – pode ser extremamente profícuo para autocrítica, revisão de posturas, ajustes na rotina, enfim, para adoção de uma perspectiva crítica no trabalho.

Finalmente, questões em torno da organização do trabalho na unidade de serviço de saúde, são fundamentais no processo de formação. Os desafios e estratégias para o trabalho em equipe multidisciplinar e a abordagem de tensões e conflitos comuns em qualquer ambiente de trabalho contribuirão para que os aconselhores aprimorem suas habilidades no trato com colegas, chefias, usuários. A acolhida ao usuário como tarefa de toda equipe e não só dos aconselhores é um importante elementos a ser considerado também.

As proposições apresentadas merecem tratamento específico a partir do planejamento de oficinas de formação, objeto de atenção de publicações posteriores, pela continuidade da pesquisa.

4.4. Considerações Finais

Problematizar o processo de formação de aconselhores a partir das reflexões apresentadas teve como objetivo contribuir para a qualificação da prática do aconselhamento. Tal como a realidade tem nos mostrado, apenas transmitir informações à população sobre os riscos de se contrair o HIV, não tem sido suficiente para barrar a cadeia de transmissão do vírus (Brasil, 2012; Parker, 2000). Entendemos que o trabalho de formação de profissionais também deve escapar de postura diretiva, prescritiva.

A abordagem de temas tão delicados como os associados à aids (práticas sexuais, riscos à saúde e os carregados de preconceito como culpa, vergonha, morte) merece o devido respeito às singularidades no encontro com o usuário. Não cabe ao aconselhador julgar, avaliar, normatizar os diversos modos de ser e estar no mundo, mas, sobretudo, acolher o usuário para que ele seja protagonista de sua saúde, da direção de suas rotinas e práticas de

cuidados de si.

De acordo com as proposições apresentadas, o profissional em formação tem a oportunidade de identificar, explicitar, problematizar, ajustar suas próprias ideias, sentimentos, valores sobre os temas em foco. É a subjetividade do aconselhador que ganha destaque como elemento a ser considerado, respeitado, com o qual deve dialogar o processo de formação. Apostamos que relações horizontalizadas do facilitador com os profissionais em formação propiciam experiência importante do aconselhador em ser acolhido, escutado. Acredita-se que tal vivência possibilite ao profissional em formação, posicionamento dialógico junto ao usuário.

As reflexões e proposições apresentadas neste artigo tentam dar conta da tarefa de elaborar sugestões para a formação de aconselhadores em HIV/aids a partir de análises dos Manuais do MS e de entrevistas com aconselhadores atuando em CTA, meta da pesquisa de tese. As proposições dialogam com algumas produções e experiências disponíveis na literatura científica sobre o dispositivo do aconselhamento e/ou ações de cuidado no campo da saúde. Neste artigo não foram trabalhadas tais articulações, mas entendemos que merecem ser pontuadas como interlocuções imprescindíveis na continuidade dos estudos - o planejamento de oficinas de formação.

Nesse sentido, é importante levar em conta as diversas produções científicas em torno da questão, em especial as que indicam a necessidade de investimentos na formação médica para o aprendizado da formação de vínculos pessoais entre profissionais e usuários (Santos, 2009); as que defendem a identificação de analisadores institucionais, o que pode provocar mudanças no jogo de forças presentes na dinâmica institucional na qual se dá o trabalho em saúde (Ferreira Neto, 2008).

É indispensável levar em conta a perspectiva de *emancipação psicossocial* como norteadora de práticas comprometidas em politizar o campo de trabalho em HIV-aids. “Quando esse tipo de espaço psicoeducativo acontece em programas de prevenção do HIV e da Aids (...) incentiva a busca conjunta de outros espaços solidários e soluções fora do escopo dos projetos e programas” (Paiva, 2002, p. 36). Além disso, as práticas de saúde implicadas com um *Cuidado efetivo*, “no qual a presença do outro seja ativa e as interações intersubjetivas sejam ricas e dinâmicas” são importantes balizadoras das ações (Ayres, 2009, p. 70).

Vale à pena ter presente, na continuidade do desenvolvimento dos estudos, o recurso do diálogo problematizador (de acordo com a pedagogia de Paulo Freire) como norteador da prática do aconselhamento (Miranda; Barroso; Silva; Silva, 2008). Também apoiadas nas

contribuições de Paulo Freire, Santorum e Cestari (2011, p. 237) defendem a educação popular como orientadora da formação de profissionais de saúde, com argumento de que “é preciso que se assuma explicitamente a politicidade da formação para a saúde”. Em artigo que analisam curso de extensão universitária voltado para o SUS, consideram a educação popular como uma “prática na qual se assume que estamos a favor do povo, contra todas as formas de injustiça e desigualdade, e não a favor da alienação e da manutenção das situações desumanas em que vive grande parte da população”.

A importância de estreitar laços entre diversos atores como governos, organizações não governamentais, instituições acadêmicas, movimentos sociais para formação de recursos humanos, definição de políticas e reflexão crítica contínua de ações no campo da aids também se constitui em importante aspecto a ser considerado (Camargo Júnior, 2003).

Não é demais lembrar que modos de viver, bem como modos de intervir tendem a ser marcados por referenciais engendrados nas tramas do complexo sistema capitalista. Nunca é demais pontuar que é possível escapar de determinações que massificam, padronizam e traçar linhas de fuga que indiquem novas direções para a existência. Nessa perspectiva, espera-se do profissional de saúde-aconselhador habilidades para produzir criativamente ações indicadoras de que seu trabalho é implicado com a superação de quadros de preconceitos, desigualdades, dominação, valores, enfim, que sustentam o (ainda não superado) desafio de barrar a cadeia de transmissão do HIV.

Nesse sentido, associamos a prática do aconselhamento ao definido por Fonseca e Farina (2012) como *clínica*:

Clinicar é colocar-se eticamente na produção do mundo e da vida como obra de arte e em uma dimensão eminentemente social. A clínica é, portanto, destrutiva das representações pretensamente universais que aprisionam a subjetividade numa história individual e pessoal, descolada das produções político-sociais. Arte e clínica se encontram na tarefa de criticar o presente e produzir a vida por vir (p. 50).

Esperamos, com este artigo, contribuir para o debate sobre formação de aconselhadores e, por conseguinte, qualificar a resposta à aids.

Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2009) Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.117-139.
- Brasil. (2012) *Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano VIII, nº 1*. Brasília: MS.
- Brasil. (1998) Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. 3ª ed. Brasília: MS.
- Brasil. (1999) Ministério da Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual*. Brasília: MS.
- Brasil. (1993) Ministério da Saúde. *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília: MS.
- Brasil. (2005) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica*. Brasília: MS.
- Caliman, L. V. (2006) Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault. In Jacó-Vilela, A. M., Cerezzo, A. C., & Rodrigues, H. B. C. (orgs.) *Clio-Psyché – subjetividade e história*. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas.
- Camargo Júnior, K. R. (2003) Prevenções de HIV/AIDS: desafios múltiplos. *Dialogando em Saúde para Debate*. nº 27, p. 70-80, agosto.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004) O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1):41- 65.
- Ferreira Neto, J. L. (2004) *A formação do psicólogo: clínica social e mercado*. São Paulo: escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Ferreira Neto, J.L. (2008) Intervenção Psicossocial em Saúde e Formação do Psicólogo. *Psicologia & Sociedade*. v. 20, nº 1. jan/abr, 62-69.
- Fonseca, T. M. G., & Farina, J. T. Clinicar In Fonseca, T. M. G., Nascimento, M. L., & Maraschin, C. (orgs.) (2012) *Pesquisar na diferença – um abecedário*. Porto Alegre: Sulina.
- Foucault, M. (2007) A Governabilidade. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- França Júnior, I., Calazans, G., & Zuchi, E. M. (2008) Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública*, 42(Supl 1):84-97.

- Galindo, W.C.M., Francisco, A.L., & Rios, L. F. (no prelo_a) Subjetividade no Aconselhamento em HIV/Aids. *Revista Psicologia Política*.
- Galindo, W.C.M., Francisco, A.L., & Rios, L. F. (no prelo_b) A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. *Revista Temas em Psicologia*,
- Gonçalves, D. A. & Pupo, L. R. (2003) Articulação institucional na prevenção das DST/Aids: desafios na implementação de políticas públicas para populações excluídas. In Bock, A.M.B. *Psicologia e Compromisso Social*. São Paulo: Cortez.
- Marx, K. (1984) *O Capital: crítica da economia política*. 9ª ed. São Paulo: Difel.
- Marx, K. (1985) Para uma crítica da economia política (Prefácio). In: MARX – Os Pensadores. São Paulo: Abril.
- Medeiros, R. H. A. (2010) A construção de um dispositivo *que permita estudar os discursos que organizam o campo* da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20 [2]: 497-514.
- Merhy, E. E. (2009) Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: Carvalho, Sérgio R., Ferigato, Sabrina, & Barros, M. Elizabeth (orgs.) *CONEXÕES Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade*. São Paulo: Ed. Hucitec, p.276-300.
- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Miranda, K. C. L., Barroso, M. G. T., Silva, L. M. S., & Silva, M. R. F. (2008) Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. *Ver Bras Enferm*, 61(6): 889-903, nov-dez.
- Paiva, V. (2002) Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. v.6, n. 11, 25-38.
- Parker, R. (2000) *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pires, D. (2008) *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: CUT; Annablume.
- Rios, L. F., Parker, R., & Terto Junior, V. (2010) Sobre as inclinações carnavais: inflexões – do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20 (1), 195-217.
- Santorum, J. A., & Cestari, M. E. (2011) A Educação Popular na Práxis da Formação para o SUS. *Trab. Educ. Saúde*, v. 9 n. 2 p. 223-240, jul./out.
- Santos, D. F. (2009) HIV/Aids e os Médicos em Formação: aprendendo a cuidar de vírus ou pessoas? In Camargo Jr., K. R. & Nogueira, M. I. *Por uma filosofia empírica da atenção à saúde: olhares sobre o campo biomédico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Souza, V., & Czeresnia, D. (2007) Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 11(23), 531-48.

- Spink, M. J. (2010) *Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. Quaderns de Psicologia*. Vol. 12, nº 1, 41-56.
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde*. Natal, RN: Editora da UFRN.
- Vasconcelos, E. M. (2008) *Abordagens Psicossociais Volume 1: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.
- Žižek, S. (1996) Como Marx inventou o sintoma? In: ŽIŽEK, S. (org.) *Um Mapa da Ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Žižek, S. (1992) *Eles não sabem o que fazem – o sublime Objeto da Ideologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Conclusões

Defendemos que o aconselhamento em HIV/aids seja considerado como um dispositivo de atenção à saúde e não estritamente como uma ação técnica dentro do conjunto de procedimentos que compõem a política de enfrentamento da aids. Um dispositivo é um conjunto heterogêneo que envolve vários elementos como discursos, leis, regulamentações, organizações arquitetônicas, enunciados científicos (Foucault, 2007a). Entre os elementos de um dispositivo existe uma rede, isto é, inter-relações dinâmicas, que podem assumir funções específicas, dependendo dos arranjos em questão. O dispositivo sempre tem função estratégica dominante, surgindo para responder a alguma situação-problema.

Como dispositivo, o aconselhamento reúne em torno de sua execução diversos aspectos que se articulam, caracterizando o tipo de atenção dispensada à população. A cena do aconselhamento, onde se encontram profissional de saúde e usuário do serviço, é como um campo aberto, cuja configuração depende das forças em disputa neste espaço que, na maioria das vezes, não é claramente visível aos envolvidos. É importante atentar que o par poder/resistência (Foucault, 2007a) está presente no campo de forças, mantendo a tensão entre movimentos de dominação e tentativas de criação alternativas ao que é determinado. Uma excelente referência imagética dessa dinâmica é nos dada por Deleuze e Guattari (1995) ao se referirem ao rizoma. Semelhante à raiz de algumas árvores que, à primeira vista, não reconhecemos início ou centro, o rizoma é constituído de linhas de segmentaridade que o organiza, estratifica, e também de linhas de desterritorialização que se afastam da organização, as chamadas linhas de fuga. Estas tentam romper com o aparentemente óbvio, regular, esperado; mas, têm a possibilidade de se estratificarem, de fixarem poder em algum novo arranjo que pode passar a ser referência. Um movimento, portanto, aberto e complexo, semelhante às abordagens institucionais que discutem a relação instituído-instituente.

Aprender aspectos desse movimento foi a estratégia adotada na pesquisa realizada. Para tanto, analisamos Manuais do MS difundidos em todo país com orientações sobre como deve ser o aconselhamento e entrevistamos aconselhadores atuando em unidades de CTA de Pernambuco. Isto é, por um lado buscamos entender como o governo pauta, organiza, tenta estratificar a prática do aconselhamento, e, por outro lado, escutamos como os profissionais seguem sua rotina (se afinados com o preconizado pelo MS; se criando novos modos de fazer o trabalho). Não é demais lembrar que tomamos os achados das duas etapas da pesquisa, como parte do processo e não como referentes diretos da realidade.

A análise dos Manuais focalizou dois aspectos do dispositivo do aconselhamento –

concepções de subjetividade do usuário e referências à intervenção propriamente dita, isto é ao aconselhamento. Quanto à subjetividade (Capítulo 1), os Manuais tendem a considerá-la como identidade, definida pelas práticas sexuais do usuário. A subjetividade-identidade parece tentar se impor com poder de definir sobre quem é o sujeito do aconselhamento, reduzindo-o à sua *performance* sexual, tendência da nossa história ocidental em circunscrever no sexo e na sexualidade a verdade sobre o sujeito (Foucault, 1993). Há uma exigência de que o usuário fale de si, condição para o aconselhamento acontecer adequadamente, que lembra a forma-meditação de reflexividade do sujeito, típica do pastorado cristão (Foucault, 2006), isto é, de uma relação que envolve o *dizer verdadeiro*, a confissão, impulsionando o sujeito à renúncia dos desejos e à purificação.

Como uma linha de fuga à subjetividade-identidade, localizamos, ainda que sutilmente, referências ao que chamamos de subjetividade-cidadã, caracterizada por elementos como participação nas ações de saúde, interação com o profissional, engajamento em ações coletivas. Essa perspectiva, entretanto, não aparece com força significativa nos Manuais e, desta forma, não a identificamos com o *status* de resistência, mas como uma potência, isto é, que pode ser investida como alternativa à subjetividade-identidade.

Na análise das recomendações ao trabalho de aconselhamento (Capítulo 2) encontramos uma ênfase na identificação, formação e atuação dos profissionais de saúde e no impacto do aconselhamento no comportamento do usuário. Presume-se que qualquer profissional pode ser aconselhadora, desde que capacitado para tal. As orientações assumem, de forma geral, tendência prescritiva e diretiva, sem aprofundar debates sobre fundamentos teóricos, metodológicos nem sobre procedimentos técnicos e éticos do aconselhamento. Associamos os achados ao trabalho industrial cujo rigor de movimentos encadeados garante o alcance de metas na produção. Essa associação confirma reflexões de que a saúde, nas sociedades capitalistas, tende a ser capturada pela lógica de mercado e explorada como um tipo de mercadoria (Traveso-Yépez, 2008).

Em que pese todos os benefícios que a racionalidade científica, em favor da vida, tem nos proporcionado, em especial no campo da aids, como os testes anti-HIV e medicação antirretroviral, atenção merece ser dirigida para a possibilidade de associação entre a racionalidade científica e a racionalidade econômica, o que pode reduzir a saúde a um produto de consumo. Enfim, o desenho que toma as recomendações ao trabalho de aconselhamento, parece distanciar-se dos próprios fundamentos ético-políticos que identificamos na sua história, a partir da reforma sanitária (Vasconcelos, 2008; Baptista, 2005; Minayo, 2001), da resposta brasileira à aids (Souza & Czeresnia, 2007; Bastos, Hacker, 2006; Mattos, Terto

Júnior & Parker, 2003; Parker, 2003; 2000) e, mais especificamente, de uma clínica *psi* para a saúde coletiva, alternativa ao modelo liberal (Campos & Guarrido, 2010; Ferreira Neto, 2004).

Destaca-se ainda na análise das recomendações, o impacto esperado do aconselhamento na mudança de comportamentos do usuário em direção à adoção de práticas seguras, características das primeiras intervenções no campo da aids, avaliadas como insuficientes por enfatizar o comportamento individual e a persuasão como postura do aconselhador (Parker, 2000).

As análises de entrevistas com aconselhadoras indicam dois modos de aconselhar – o instrução e o relação (Capítulo 3). O modo-instrução aparece com mais força nas entrevistas e valoriza características cognitivas do usuário, como compreender, memorizar e tomar decisões a favor da prevenção. O trabalho do aconselhador consiste em educar, orientar e manter-se vigilante, tarefas coerentes com a estratégia prioritária de transmitir informações. Esse modo de aconselhar sugere associação clara com a subjetividade-identidade e com as prescrições ao trabalho de aconselhamento, conforme os Manuais do MS, o que indica uma conformidade da prática profissional com o preconizado pelo MS. Como um dos impactos principais desse modo de aconselhar identificamos a responsabilização no usuário, de sua condição sorológica, situação que desconsidera os debates sobre vulnerabilidade (Almeida Filho, Castiel & Ayres, 2009; Ayres, França Júnior, Calazans & Saletti Filho, 2003; Parker, 2000).

O modo-relação de aconselhar apresenta-se como linha de fuga, neste cenário. Apoia-se no encontro do profissional com o usuário, resiste a protocolos definidos *a priori*, referencia o usuário como protagonista do aconselhamento. Entende que o usuário está inserido numa cultura em cuja dinâmica são tecidos valores, concepções, modos de ser e se relacionar, inclusive em torno das práticas sexuais e do prazer sexual. Ganha destaque, na postura da aconselhadora, aspectos como a importância da escuta ao usuário, a acolhida de singularidades, respeito à história e ao que traz o sujeito que demanda atenção. Identificamos, assim, a valorização de tecnologias leves nesse modo de aconselhar, isto é, tecnologias de encontro intersubjetivo, como a escuta, o olhar, a acolhida (Merhy, 2007). O trabalho de aconselhamento, no modo-relação, envolve não somente o encontro com o usuário, mas também atenção a aspectos da gestão municipal, da relação com a equipe de trabalho e, inclusive, iniciativas como a sensibilização de cursos de formação de profissionais de saúde para incorporarem em seus currículos o estudo do aconselhamento. Esse modo de aconselhar pode ser aproximado à subjetividade-cidadã identificada nos Manuais.

A partir dos estudos, concluímos que o aconselhamento inscreve-se como dispositivo de controle dos corpos, agenciado pelo Estado de governo, como biopolítica (Foucault, 2007b). Apoia-se na estratégia de antecipação de situações de risco, típica da sociedade contemporânea, cuja responsabilidade por controlar possíveis riscos à saúde, é prioritariamente do sujeito, muito mais do que dos aparelhos do Estado (Rios, Parker & Terto Júnior, 2010; Spink, 2010; Foucault, 2007b; Caliman, 2006). Assim, o dispositivo do aconselhamento parece comprometido em garantir o controle e a vigilância da população, inscrevendo-se a serviço da dominação.

Mas, entendemos que o dispositivo do aconselhamento pode assumir outra direção que não seja a de controle. As linhas de fuga identificadas na pesquisa sugerem *brechas* importantes que, se devidamente exploradas, poderão contribuir para que o aconselhamento assuma o *status* de dispositivo de emancipação. O cuidado, por exemplo, com a formação de aconselhadores (Capítulo 4) é imprescindível para fortalecer modos de aconselhar que priorizem o usuário.

Vale à pena pontuar, ainda sobre a pesquisa, que não foram encontradas diferenças significativas nas entrevistas com aconselhadores atuando nas quatro mesorregiões do estado de Pernambuco. Salvo o imaginário social, comum na região do semiárido, de que “só pega aids quem vai pra São Paulo [isso é, quem migra em busca de trabalho nas grandes cidades]”, as aparentes diferenças regionais mantêm semelhanças entre si. É o caso das sistemáticas críticas de entrevistados às campanhas de massa para testagem da população, nas quais o aconselhamento tende a ficar comprometido. Sejam campanhas em bairros e distritos rurais comuns em cidades menores, ou ações em datas festivas comuns em cidades maiores, escutamos reiteradas críticas ao risco da banalização da testagem.

Finalmente, defendemos que a Psicologia deva se posicionar criticamente diante das demandas que lhes são dirigidas, como é o caso do aconselhamento em HIV/aids. Na sua constituição como disciplina específica, a Psicologia esteve comprometida com a ideologia disciplinar, isto é, assumiu a tarefa de *organizar* os indivíduos na sociedade, considerando critérios ideais de *como ser humano* (Figueiredo & Santí, 2006). Convive, desde então, com o risco de reduzir as possibilidades criativas e inventivas do existir, ao executar ações que atendam interesses de forças dominantes na sociedade.

Na nossa pesquisa vimos que o aconselhamento como dispositivo de controle da população, se constitui em referência prioritária, concorrendo para isso diversas forças que terminam por privilegiar a identificação de infecções pelo HIV em detrimento da garantia de espaço adequado de diálogo entre profissional de saúde e usuário, função do aconselhamento.

Como tarefas que podem ser assumidas pela Psicologia, indicamos: aprofundar estudos sobre os modos de subjetivação em curso na realidade em foco; rever orientações ao trabalho do profissional no sentido de colaborar para construções coletivas em torno da prática do aconselhamento, isto é, **com** a participação dos profissionais e **sobre** as aprendizagens e inquietações que acumulam na experiência; aprofundar estudos sobre como se configuram os dispositivos (de aconselhamento, de sexualidade, de cidadania) no campo da aids, compreendendo o campo de forças no qual poder e resistência tencionam e direcionam a realidade.

É tarefa da Psicologia, portanto, abordar criticamente os elementos que constituem os dispositivos, analisar a relação entre eles, sabendo-se participante desta rede. Assumir posicionamento ético-político a favor do fortalecimento do aconselhamento como dispositivo de emancipação dos sujeitos e coletividades, se constitui tarefa e desafio, já que estamos – como profissionais de saúde, pesquisadores/as, cidadãos/ãs - mergulhados nos dispositivos, sendo inscritos por eles e, ao mesmo tempo, inscrevendo-os.

A Psicologia, como campo de saber participante na construção de respostas à aids merece aproximar suas formulações dos produtivos debates em torno de direitos humanos e direitos sexuais. A defesa de uma política de direitos humanos como parte das lutas por emancipação social e, portanto, alternativa à agenda liberal hegemônica de direitos humanos, tem sido assumida por Boaventura de Souza Santos (2010), o que implica em problematizar as tensões presentes na modernidade ocidental, e, nesse contexto, as condições e contradições do capitalismo. No caso específico da saúde e do campo de HIV/aids, a vertente que tem associado os debates sobre vulnerabilidade e direitos humanos tem proporcionado importantes avanços em formulações conceituais e técnicas. Além disso, tem contribuído com revisões no posicionamento técnico e político de profissionais, gestores e ativistas no campo da aids. Emblemática dessa tendência é a coletânea organizada a partir de seminários promovidos pelo Núcleo de Pesquisa e Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS), cujo subtítulo do Livro I é *Da doença à cidadania* (Paiva, Ayres & Buchalla, 2012). No que se refere aos direitos sexuais, lembramos a constatação de Cornwall e Welbourn (2006) de que mesmo sendo consagrados nas leis internacionais, a sua concretização na prática, ainda é um desafio. Eis, portanto, um campo de diálogo ao qual a Psicologia é convocada a participar.

Como sugestão para pesquisas futuras, podemos elencar algumas questões que emergiram desse estudo. Investigar mais profundamente o modo-relação de aconselhar poderá trazer mais informações sobre a articulação poder/resistência, com destaque para como os atores implicados – aconselhador e usuário – lidam com a relação e possíveis tensões nela. Em que

resiste o sujeito do aconselhamento certamente é um excelente analisador dos modos de subjetivação em curso, na realidade em tela, bem como dos modos de aconselhar. Focalizar a questão dos processos subjetivos do aconselhador se constitui também em importante objeto de estudo. Percebemos com a investigação realizada, que a construção subjetiva do aconselhador é elemento fundamental dentre os que compõem o dispositivo do aconselhamento. Apenas pontuamos alguns aspectos dessa realidade, mas aprofundar estudos sobre o aconselhador, inclusive atentando para possíveis filiações religiosas, políticas, valores morais, identificação teórico-metodológica no seu campo de trabalho, certamente contribuirá para avanços nos estudos sobre aconselhamento em HIV/aids.

Esperamos que este estudo contribua com a qualificação do aconselhamento como ação no quadro de respostas ao HIV/aids.

Referências

- Almeida Filho, N., Castiel, L. D. & Ayres, J. R. (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3): 323-344.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J. & Saletti Filho, H. C. (2003) Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In Czeresnia, D. & Freitas, C. M. (orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Baptista, T. W. F. (2005) O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema único de Saúde e o que esperamos dele. In E. P. de S. J. Venâncio *Texto de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-41.
- Bastos, F.I. & Hacker, M.A. (2006) Pesquisas brasileiras psicossociais e operacionais face às metas da UNGASS. *Rev. Saúde Pública*. 40(supl.), 42-51.
- Caliman, L. V. (2006) Dominando corpos, conduzindo ações: genealogias do biopoder em Foucault. In Jacó-Vilela, A. M., Cerezzo, A. C. & Rodrigues, H. B. C. (orgs.) *Clio-Psyché – subjetividade e história*. Juiz de Fora: Clio Edições Eletrônicas.
- Campos, F. C. B. & Guarido, E. L. (2010) O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. Spink (org.) *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cornwall, A. & Welbourn, A. (orgs.) (2006) *Direitos sexuais e reprodutivos: experiências com abordagens participativas*. Trad.: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Tomo Editorial.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995) Introdução: Rizoma. In: _____ *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol. 1* Tradução Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Ferreira Neto, J. L. (2004) *A formação do psicólogo: clínica social e mercado*. São Paulo: escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Figueiredo, L. C. & Santí, P. L. R. (2006) *Psicologia: uma (nova) introdução*. (2ª ed.) São Paulo: EDUC.
- Foucault, M.(1993) *História da Sexualidade 1: a vontade de saber*. (11ª ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M.(2006) *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M.(2007a) Sobre a história da sexualidade. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal [Original Publicado em 1979]
- Foucault, M.(2007b) Governabilidade. In _____ *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal [Original Publicado em 1979]
- Mattos, R. A., Terto Júnior, V. & Parker, R. (2003) As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 27, p.

81-94.

- Merhy, E. E. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2001) Prefácio – Sobre a Complexidade da Implementação do SUS. In S. F. Silva *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, p. 21-44.
- Paiva, V., Ayres, J. R. & Buchalla, C. M. (Coords.) (2012) *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde. Livro I: Da doença à cidadania*. Curitiba, Juruá.
- Parker, R. (2000) *Na contramão da Aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R. (2003) Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, nº 27, p. 8- 49.
- Rios, L. F., Parker, R. & Terto Junior, V. (2010) Sobre as inclinações carnis: inflexões – do pensamento cristão sobre os desejos e as sensações prazerosas do baixo corporal. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20 (1), 195-217.
- Santos, B. S. (2010) *A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política*. 3ª ed. Vol. 4. São Paulo: Cortez.
- Souza, V. & Czeresnia, D. (2007) Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 11(23), 531-48.
- Spink, M. J. (2010) Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. *Quaderns de Psicologia*. 12(1), 41-56.
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde*. Natal, RN: Editora da UFRN, 2008.
- Vasconcelos, E. M. (2008) *Abordagens Psicossociais Volume 1: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa: **Atenção e Intervenção Psicossocial no Aconselhamento em HIV/Aids**. Você foi selecionado por estar trabalhando como aconselhador/a em Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Pernambuco e se mostrar disponível em partilhar suas experiências junto à pesquisadora. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com a pesquisadora ou com a instituição na qual você desenvolve o seu trabalho.

O objetivo desta pesquisa é o de caracterizar como o aconselhamento vem sendo realizado nos CTA de Pernambuco. Sua participação consistirá em, através de entrevistas, falar sobre temas relacionados ao aconselhamento em HIV/Aids, considerando sua experiência na área e suas reflexões sobre o assunto. Sua participação contribuirá para aprofundamento de estudos sobre a prática do aconselhamento e para construção de indicadores para formação de aconselhadores.

Os riscos relacionados com a sua participação podem ser de cansaço, constrangimento ou, ainda, algum desconforto, comum de acontecer em qualquer tipo de interação. Pretendemos realizar a entrevista de uma forma menos invasiva possível, podendo encerrar o diálogo a qualquer momento, caso você solicite. Tomaremos cuidado, tanto durante a entrevista quanto posteriormente, inclusive, disponibilizando atenção psicológica aos participantes, caso seja necessário.

As informações obtidas a partir desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o total sigilo sobre sua participação, que não será identificada quando da divulgação dos resultados. Estes estarão disponíveis, assim que concluída toda a pesquisa. Nós (pesquisadora e participante) combinaremos a melhor forma de divulgar os resultados com os participantes.

Você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Dados da pesquisadora principal:

Nome: Ana Lúcia Francisco

Endereço: Rua Dr. Geraldo de Andrade, 75/1102, Espinheiro, Recife/PE, CEP 52021-220

Telefone: (81) 9978.5624/ 3242.0319

e-mail: ana.francisco@terra.com.br

Declaração de Participação

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNICAP que funciona na Pró-Reitoria Acadêmica da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na Rua Almeida Cunha, 245 – Santo Amaro – Bloco G4 – 8º andar – CEP 50050-480, Recife- PE – Brasil. Telefone (81) 2119.4376 – FAX (81) 2119.4004 - Endereço eletrônico: pesquisa_prac@unicap.br

_____, ____ de _____ de 2011.

Participante da pesquisa

Entrevista - Tópico Guia

Acolhida ao entrevistado

Como te falei, essa pesquisa tem o objetivo de compreender mais profundamente o trabalho de aconselhamento que se realiza nos CTA de Pernambuco. Em especial, estamos interessadas em entender sobre como é dirigida atenção às questões de HIV/aids abordadas no aconselhamento. Assim, sua participação vai contribuir muito. Gostaríamos de ouvir sua experiência; coisas da sua rotina mesmo; inclusive, inquietações, coisas que você pensa... A ideia é que você fique bem à vontade para essa nossa conversa.

Você poderia começar dizendo como chegou a trabalhar em aconselhamento...

Caracterização do Entrevistado:

- ◆ Dados Gerais: idade; sexo.
- ◆ Formação: Curso realizado, ano e local de formação.
- ◆ Município em que trabalha como aconselhador de CTA.
- ◆ Capacitações para aconselhamento: temática, duração, local, organização da capacitação.

Tópicos da Entrevista:

Tópico 1: Aids, Aconselhamento, Políticas de Saúde no Brasil

- Transmissão do HIV.
- Impactos do aconselhamento na questão da Aids.
- Eficácia do aconselhamento na postura individual de usuários, diante da Aids.

Tópico 2: O trabalho de testagem e aconselhamento e práticas sexuais

- População (quem busca, quem deveria buscar) a testagem/aconselhamento.
- Usuários diante da testagem/aconselhamento e abordagem de exposição sexual.
- Profissionais diante da testagem/aconselhamento e abordagem de exposição sexual.

Tópico 3: Bases/fundamentos do aconselhamento

- Orientações/referências teóricas e práticas para o aconselhamento.
- Mudanças/alterações na sua prática de aconselhamento.