

Reflexões sobre o Trabalho de Aconselhamento em HIV/Aids

Wedna Cristina Marinho Galindo¹

Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Ana Lúcia Francisco

Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Luís Felipe Rios

Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Resumo

O artigo analisa recomendações do Ministério da Saúde ao trabalho de profissionais de saúde-aconselhadores em HIV/aids, no Brasil. Reconhece que o aconselhamento como estratégia no campo de ações de enfrentamento do HIV/aids, tem suas condições de emergência na recente história brasileira de defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, em especial, no movimento de reforma sanitária. Três Manuais do Ministério da Saúde para o trabalho de aconselhamento em HIV/aids foram objeto de análise, nos quais constata-se uma ênfase na atuação e formação dos profissionais de saúde. Os textos adotam uma perspectiva reducionista nas recomendações aos aconselhadores, com orientações técnicas marcadas pela diretividade. Identifica-se um distanciamento entre aspectos da história brasileira de defesa da saúde como direito e as recomendações dos Manuais. As análises sugerem valorização da racionalidade instrumental típica da lógica capitalista do trabalho, reduzindo o encontro aconselhador-usuário a atividades mecânicas. Argumenta-se a favor de abordagem alternativa à apresentada pelos Manuais no que se refere à formação de profissionais que, por conseguinte, contribuirá para que o aconselhamento seja vivenciado em sua complexidade e se fortaleça como prática no quadro de respostas à aids.

Palavras-chave: Aconselhamento, aids, profissional de saúde, HIV.

Reflections on HIV/Aids Counseling

Abstract

The article analyses the Health Department's recommendations to HIV/aids professional health counselors in Brazil. It recognizes that professional counseling as a strategy to combat HIV/aids recently came about in Brazil due to its population's demands for improvement in the public health sector, in that access to health is seen as a citizen's right and an obligation of the State to their citizens, such demands were especially noticed in the movement for sanitary reform. Three handbooks issued by the Health Ministry on HIV/aids counseling were analyzed with an emphasis on the performance and development

¹ Endereço para correspondência: Rua Sete de Setembro, 365/1002, Bairro Boa Vista, Recife, PE, Brasil 50050-030. Fones: (81) 8528-2997 e (81) 9972-0312. E-mail: wedna.galindo@gmail.com, ana.francisco@terra.com.br e lfelipe.rios@gmail.com

Este trabalho recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), a partir de Bolsa de Doutorado.

Este trabalho corresponde a um dos capítulos que compõe a Tese de Doutorado da primeira autora, com a orientação dos outros autores. A Tese que tem como título "O dispositivo do aconselhamento na resposta à aids" foi aprovada em 30 de janeiro de 2013.

of professional health counselors. The wording found in the handbooks adopt a reductionist perspective on its recommendations to health advisers with direct technical guidelines highly aimed at their objectives. The recommendations found in the handbooks are noticeable distant from historic aspects found in the popular defense of Brazilian healthcare as a constitutional right. The analysis suggests the valuation of rationality typically found in the instrumental logic of capitalism; it limits the meeting between counselor-user to mechanical activities. An alternative approach to the development of health professionals as presented in the handbooks is discussed. It suggests that all complexities involved in counseling should be explored, making it a stronger practice in the fight against aids.

Keywords: Counseling, aids, health professional, HIV

Reflexiones acerca del Trabajo de Aconsejamiento en HIV/SIDA

Resumen

El artículo analiza las recomendaciones del Ministerio de la Salud en lo que respecta al trabajo de los profesionales de la salud-consejeros en HIV/SIDA en Brasil. Asimismo, reconoce que el aconsejamiento como dispositivo estratégico en el campo de las acciones desarrolladas para combatir el HIV/SIDA, ha presentado situaciones de emergencia en la reciente historia brasileña de la defensa de la salud como derecho del ciudadano y deber del Estado, en especial, en el movimiento de la reforma sanitaria. Tres manuales del Ministerio de la Salud referentes al trabajo de aconsejamiento en HIV/SIDA han sido objeto de análisis; en ellos se constata el **énfasis** en la actuación y formación de los profesionales de la salud. Los textos adoptan una perspectiva reduccionista en las recomendaciones realizadas a los consejeros, con orientaciones **técnicas marcadas por** la directividad. Se observa un alejamiento entre los aspectos de la historia brasileña con relación a la defensa de la salud como derecho y las recomendaciones de los manuales. Los análisis sugieren una valoración de la racionalidad instrumental típica de la **lógica capitalista** del trabajo, transformando así el encuentro entre consejador-usuario en meras actividades mecánicas. En lo que respecta a la formación de profesionales, no se argumenta a favor del abordaje presentado en dichos manuales, sino a favor del abordaje alternativo, lo que, por consiguiente, contribuirá para que el aconsejamiento sea vivenciado en su complejidad y se fortalezca como práctica en el cuadro de respuestas al sida.

Palabras clave: Aconsejamiento, SIDA, profesionales del área de la salud, HIV.

O objetivo deste artigo é discutir sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/aids. Para tanto, analisam-se recomendações do Ministério da Saúde (MS) para aconselhadores em HIV/aids. Preconizado (MS, 1993, 1997/1998, 1999) para ocorrer antes da coleta de sangue (pré-teste) para exame anti-HIV e 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. Nos Manuais de recomendações publicados e divulgados pelo MS, constam como constituintes do aconselhamento, sendo tarefa do profissional de saúde: a abordagem de informações sobre os assuntos em questão, rea-

lização de avaliação de riscos e disponibilização de apoio emocional ao usuário.

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, implicada com o processo de (re)democratização do país. O aconselhamento, portanto, é atravessado 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 no campo da promoção da saúde, apresentaremos

muito brevemente marcos da história brasileira de Reforma Sanitária, de Resposta brasileira ao HIV/aids e elementos do debate sobre a Clínica em saúde pública, em especial, do surgimento desses aspectos no contexto político-institucional nos anos de 1970, 1980, 1990, no Brasil. Vale salientar que o artigo não se propõe a fazer uma análise da história das políticas de saúde no campo HIV/aids até os dias atuais. A ideia de *dispositivo* tal como formulada por Michel Foucault (1979/2007), refere-se à rede que se estabelece entre diversos elementos que envolvem, dentre outros, discursos, instituições, regulamentações, enunciados teóricos. Refletir sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/aids a partir da noção de *dispositivo* é estratégico para apreender jogos de força presentes no referido contexto. Segundo Revel (2005) a noção de *dispositivo* em Foucault substitui a de *episteme*, por incluir instituições e prática, além de elementos discursivos.

Na segunda parte do artigo são indicados os procedimentos utilizados na seleção, tratamento e análise de documentos do MS que fazem recomendações a aconselhadores. O trabalho metodológico foi orientado pelos esforços em identificar jogos de verdade (Araújo, 2008; Revel, 2005) que informam sobre engendramentos dos diversos elementos que conformam o trabalho do aconselhamento. A terceira parte contém a análise propriamente dita dos textos do MS, cujos conteúdos envolvem caracterização e formação dos profissionais de saúde-aconselhadores, além do impacto do aconselhamento para os usuários. As análises apontam para uma abordagem diretiva e normatizante da relação aconselhador-usuário entendida como expressão da racionalidade instrumental, típica do modo de produção capitalista.

Na quarta e última parte são apresentadas as Considerações Finais. Uma síntese das análises introduz o debate articulado com as forças inspiradoras do campo da saúde pública no Brasil – a reforma sanitária, a resposta brasileira à aids e a clínica em saúde pública.

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 sanitário (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, 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 (Baptista, 2005; Minayo, 2001; Vasconcelos, 2008).

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, privatista, excludente, impermeável à participação da sociedade nas decisões e controle de suas ações (J. P. V. 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 Oitava 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 concep-

ção de promoção de saúde e não a de cura da doença como norteadora das ações (Baptista, 2005; Minayo, 2001; Vasconcelos, 2008).

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 autossuficiente 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” (Minayo, 2001, p. 36) e, portanto, extremamente difícil de alterar. É nesse quadro que o aconselhamento tenta se instituir como política de atenção à saúde (MS, 1993, 1997/1998, 1999), caracterizado por reunir em situação de diálogo profissional de saúde e usuário do serviço.

Resposta ao HIV/Aids

Enquanto os princípios do movimento sanitário 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.

A postura brasileira de integrar prevenção e assistência na resposta ao HIV/aids (Bastos & Hacker, 2006; Mattos, Terto, & Parker, 2003) estava em consonância com o movimento sanita-

rista, que defendia atenção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Em contrapartida, merece destaque a negação com que funcionários do governo lidaram com a situação de surgimento da aids, 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 epidemia (Parker, 2003).

Tal como o movimento sanitário, 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 Organizações não governamentais (Ong), 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 (Ayres, França, Calazans, & Saletti, 2003; Parker, 2000; Souza & Czeresnia, 2007) tem indicado três construções discursivas na história social da aids. Em cada momento um elemento se destaca (grupos de risco, comportamento de risco, vulnerabilidade), ainda que uma nova construção discursiva não exclui, necessariamente, 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) 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” (Parker, 2000, p. 68). 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 formação 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.

Desde os anos de 1970, profissionais de psicologia descontentes com o modelo clássico de clínica *psi* de atendimento individual em consultório privado e, portanto, excludente, dirigem-lhes críticas. Experiências alternativas àquele modelo são vivenciadas, notadamente no trabalho com grupos e comunidades (Vasconcelos, 2008).

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, 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). Alguns desses desafios perduram até hoje na formação e na prática de profissionais de psicologia no que se refere ao atendimento das demandas do SUS (Ferreira, 2011), dos quais destacamos: o trabalho em equipe interdisciplinar; a intervenção em grupos e comunidades; a formação teórico-prática (ainda) implicada com o modelo de clínica liberal.

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 lado aspectos subjetivos do usuário, do trabalhador de saúde e da relação entre eles.

Merhy (2007, 2009) 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” (Merhy, 2009, p. 287). 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), convidamos o leitor a refletir conosco sobre o aconselhamento em HIV-aids inscrito neste quadro histórico que, por sua vez, incita-nos a (re)pensar sobre *quem* é o sujeito do campo de atenção à saúde e *como* lidar com ele. Como as recomendações dos Manuais do MS dialogam com esta realidade, é o que veremos a partir das análises realizadas.

Caminhos Percorridos na Apreciação dos Textos do MS

Três textos oficiais do MS que apresentam orientações para o aconselhamento compõem o material de análise deste artigo. 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 (MS, 2003, 2004, 2005/2008), mas os associamos à política de ampliação da testagem e aconselhamento, por isso os excluimos da análise. Optamos por analisar aqueles três textos, pois são as primeiras formulações do MS para o aconselhamento, que se constituem até hoje como referência para os profissionais de saúde.

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” (Spink, 2004, p. 146) em torno do trabalho de aconselhadores.

Foi realizada leitura flutuante (Bardin, 1977) do material por uma das pesquisadoras, tarefa que possibilitou construir a categorização inicial em três grupos: (a) o aconselhamento; (b) a quem se destina; (c) quem o executa. O material foi cortado, classificado, organizado com recursos de editor eletrônico de texto nas funções de definir parágrafo, recortar, colar, classificar (Galindo, 2008; Kelle, 2002). Cada fragmento foi 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.

Na segunda fase de tratamento do material, cada um dos três blocos passou por nova catego-

rização, orientada pelo conteúdo de cada enunciado:

1. Usuário do serviço de saúde;
2. Realidade/contexto do usuário;
3. Intervenção dirigida ao usuário. Em cada um desses novos blocos de material, portanto, tínhamos o ordenamento do conteúdo obtido naquela primeira categorização (a, b, c), o que totalizou nove conjuntos: 1a; 1b; 1c; 2a; 2b; ...

Neste artigo, abordamos o material sobre a intervenção dirigida ao usuário (3), que nos permite discutir sobre a postura esperada de aconselhadores. Vale à pena ressaltar que compõem o material do bloco *intervenção dirigida ao usuário* (3) aqueles conteúdos inicialmente categorizados, constituindo o seguinte quadro: (3a) intervenção dirigida ao usuário| o aconselhamento; (3b) intervenção dirigida ao usuário| a quem se destina; (3c) intervenção dirigida ao usuário| quem executa.

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). Redigimos sínteses de cada bloco de material (3a, 3b, 3c) o que subsidiou o trabalho analítico. O texto correspondente à análise propriamente dita, apresentado no próximo item, foi antecedido de sínteses provisórias.

A análise do material reunido no bloco 1 (1a; 1b; 1c) cuja discussão versa sobre a subjetividade no aconselhamento em HIV/aids está publicada em artigo específico (Galindo, Francisco & Rios, 2013a).

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 – material do bloco *intervenção dirigida ao usuário* (3) – no tratamento de dados. Aspectos relacionados à *identificação e formação* dos profissionais, além de questões sobre o *impacto* do aconselhamento para os usuários destacam-se nos Manuais e são objeto de nossa análise.

Identificados como “profissionais de nível superior capacitados para realizar ações de aconselhamento individual e coletivamente” (MS, 1999, p. 13), espera-se dos aconselhadores “consistência, uniformidade e precisão da informação prestada” (MS, 1993, p. 6), além da disponibilidade de tempo para atender ao usuário. 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 (MS, 1993, 1997/1998, 1999).

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” (MS, 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 tudo 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).

Com a estratégia política de ampliação da testagem anti-HIV fortalecida pela disponibilidade do teste rápido, cujo resultado fica disponível em torno de 20 minutos, corre-se o risco de que o aconselhamento caia no ritmo de trabalho do tipo industrial, o que compromete sua função de apoio aos usuários. Nesse sentido, é louvável a nota técnica do Conselho Federal de Psicologia (CFP, n.d.) sobre o assunto, que enfatiza a necessidade de garantir o aconselhamento pré e pós teste ao usuário testado e restringe a participação de profissionais de psicologia a eventos públicos de testagem e aconselhamento *apenas* organizados por programas inseridos em políticas de saúde. Os cuidados são na direção de evitar a banalização da testagem anti-HIV e consequente descuido com o aconselhamento.

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” (MS, 1993, p. 5). O aconselhamento é entendido como oportunidade de “realizar reflexão sobre riscos, práticas seguras, mudança de comportamento” (MS, 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 (Paiva, 2002; Rios, 2003).

A postura diretiva dos Manuais está presente nas orientações aos trabalhadores, como: “demonstrar o uso da camisinha” (MS, 1993, p. 7); “identificar barreiras para a mudança das situações de risco” (MS, 1997/1998, p. 12); “estimular a autoestima e autoconfiança do cliente; favorecendo o fim de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV/aids” (MS, 1997/1998, p. 12).

Subentende-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 *implícado* (Barbier, 1985) 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 (Merhy, 2009; Traverso-Yépez, 2008).

Tal orientação, sabemos, compromete a abordagem de concepções, valores, sentidos em torno da aids, indispensável na acolhida das pessoas e na abordagem dos posicionamentos que os usuários 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” (MS, 1997/1998, p. 10). Orienta-se, para a formação dos trabalhadores, o uso de metodologia participativa. São anunciados sem a devida abordagem, vários conteúdos a serem trabalhados na formação, envolvendo aspectos biofisiológicos, epidemiológicos, laboratoriais, éticos, psicossociais, políticos, jurídicos, teóricos e práticos, bem como questões associadas à organização dos serviços. Os conteúdos a serem abordados, portanto, aparecem como *norma*, a despeito da recomendação de se adotar abordagem participativa no processo formativo.

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, mantendo assim, preconceitos e segregação e/ou tendências já sabidamente insuficientes para responder à questão, como o investimento em aspectos meramente comportamentais.

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” (MS, 1997/1998, p. 20). Entendendo o “componente psicológico” a partir do que indicam os Manuais - 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 (MS, 1997/1998, 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* [grifos nossos] através de treinamento específico” (MS, 1997/1998, p. 19). 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 trabalha-

dor, 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 (N. H. L. P. 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, 2008).

Tentar excluir do aconselhamento 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 objetual* 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 (2007, 2009), que os espaços de intersecção são de produção instituinte entendemos que as recomendações do MS ao tentarem *isolar* a dimensão subjetiva do encontro, procuram instituir como referência para o encontro trabalhador de saúde-usuário, a *intersecção do tipo objetual*.

Entretanto, constatamos que nos próprios Manuais constam críticas àquela perspectiva para o aconselhamento, ainda que ocupem um espaço mais discreto nos textos. Há referências à história do aconselhamento marcada por

controversas posições concorrenciais no campo científico e da prática profissional . . . [que 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. (MS, 1999, p. 10)

Pensar criticamente a história do aconselhamento nos Manuais possibilita constatar 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” (MS, 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” (MS, 1997/1998, 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. Acreditamos que tais críticas constituem importante abertura que pode contribuir para a construção de respostas ao HIV/aids.

Considerações Finais

A análise que empenhamos neste artigo quanto às recomendações do MS ao trabalho de profissionais de saúde-aconselhadores, 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 (MS, 1993, 1997/1998, 1999) a qual associamos características do trabalho instrumental típico do modo de produção capitalista.

As noções de trabalho e emprego no mundo capitalista tendem a ser 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, destacada aqui nos movimentos de Reforma Sanitária e da Resposta Brasileira à aids. 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 ao trabalhador de saúde.

No que se refere à dimensão clínica do aconselhamento, entendemos o quanto é difícil ao profissional de saúde assumir postura 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 dos Manuais. Tal postura pode se constituir em produtivos posicionamentos 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.

Sugerimos algumas diretrizes para a formação de aconselhadores em HIV-aids como alternativa ao indicado pelos Manuais (Galindo, Francisco, & Rios, 2013b). 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. Pontualmente indicamos algumas *pistas* para o trabalho formativo, que podem ser objeto de atenção do leitor interessado. Merece compor a formação de aconselhadores a compreensão/estudo das diversas dimensões implicadas em sua prática. As referências pessoais do usuário sobre os vários temas abordados, é material por excelência, do aconselhamento. Valores socialmente compartilhados pelo usuário, a partir de diversos campos – religião, política, economia, cultura – também merecem atenção do profissional de saúde. Os aspectos institucionais em torno do usuário, qual o trajeto terapêutico que percorreu até o aconselhamento, informam também sobre a pessoa que demanda ajuda. Além disso, a equipe de profissionais de saúde pode dedicar-se a estudar sobre a população que atende (em determinado território, bairro, município), considerando especificidades que só a prática pode indicar. É imprescindível não generalizar conhecimentos de uma realidade para outra, colocando-se à escuta das singularidades que se apresentam.

Destaque merece ser dado, na formação de aconselhadores, à postura do facilitador desse processo. O desafio é o de fortalecer os profissionais em formação para o exercício do aconselhamento. Para tanto, é importante envolver os profissionais no processo formativo, a partir do uso efetivo de metodologias participativas. Alguns cuidados o facilitador deve ter, como: uso de linguagem clara e simples, evitando jargões de algum campo específico de saber; valorização da experiência dos formandos; oferecer abertura

para a livre expressão dos formandos em relação aos temas em foco, condição para o manejo tanto de informações, dúvidas, quanto de valores, concepções.

Finalmente, pontuamos que nosso estudo de análise de Manuais do MS tem a limitação de restringir-se ao preconizado e seria enriquecido com investigações sobre o que ocorre na prática dos envolvidos na questão. Pesquisas sobre o tema com profissionais de saúde, usuários, gestores, merecem ser incentivadas. Estudos que abordem criticamente os preciosos esforços do MS para garantir a oferta de aconselhamento em HIV-aids à população, podem servir como inspiração para os órgãos governamentais revisarem suas recomendações oficiais à prática do aconselhamento e à formação de profissionais de saúde.

Referências

- Araújo, I. (2008). *Foucault e a crítica do sujeito* (2. ed.) Curitiba, PR: Editora da Universidade Federal do Paraná.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- Ayres, J. R. C. M., França, I., Jr., Calazans, G. J., & Saletti, H. C., Filho. (2003). Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-139). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.
- 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* (pp. 11-41). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.
- Barbier, R. (1985). *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bastos, F. I., & Hacker, M. A. (2006, abr.). Pesquisas brasileiras psicossociais e operacionais face às metas da UNGASS. *Revista de Saúde Pública*, 40(Supl.), 42-51. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/07>
- 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 (Ed.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: Prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-103). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, S. R. (2009). Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds.), *CONEXÕES Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade* (pp. 23-41). São Paulo, SP: Hucitec.
- Conselho Federal de Psicologia. (n.d.). *Nota Técnica Teste rápido para diagnóstico de HIV*. Recuperado em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Nota-T%C3%A9cnica-HIV-final.pdf>
- Ferreira, J. L., Neto. (2004). *A formação do psicólogo: Clínica, social e mercado*. São Paulo, SP: Escuta.
- Ferreira, J. L., Neto. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69. doi:10.1590/S0102-71822008000100007
- Ferreira, J. L., Neto. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. São Paulo, SP: Escuta.
- Foucault, M. (2007). Sobre a história da sexualidade. In R. Machado (Ed.), *Microfísica do poder* (24. ed., pp. 243-276). Rio de Janeiro, RJ: Graal. (Original publicado em 1979)
- Francisco, A. L., & Barbosa, L. (2008). Apresentando reflexões sobre a Psicologia na contemporaneidade. In A. L. Francisco & L. Barbosa (Eds.), *Modalidades clínicas de prática psicológica em instituições* (pp. 11-19). Recife, PE: Fasa.
- Galindo, W. C. M. (2008). *Intervenção rural e autonomia: A experiência da articulação no semi-árido/ASA em Pernambuco*. Recife, PE: Editora da Universidade Federal de Pernambuco.
- Galindo, W. C. M., Francisco, A. L., & Rios, L. F. (2013a, abr.). Subjetividade no aconselhamento em HIV/Aids. *Revista Psicologia Política*, 13(26), 111-127. Recuperado em <http://pt.scribd.com/doc/218983778/26-abertura>
- Galindo, W. C. M., Francisco, A. L., & Rios, L. F. (2013b, set.). Proposições para a formação de aconselhadore em HIV/aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(3), 741-761. doi:10.1590/S0103-73312013000300005

- Gil, R. (2002). Análise de discurso. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., pp. 244-270). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kelle, U. (2002). Análise com auxílio de computador: Codificação e indexação. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (P. A. Guareschi, Trad., pp. 393-415). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lévy, A. (2001). *Ciências Clínicas e organizações sociais: Sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte, MG: Autêntica.
- Matida, A. H. (2003, dez.). Do 'risco' ao construto 'vulnerabilidade': Contribuições ao conhecimento contextualizado sobre a AIDS. *Divulgação em Saúde para Debate*, 29, 34-43. Recuperado em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Divulg.%20sa%FAde%20debate&connector=ET&lang=pt>
- Mattos, R. A., Terto, V., Jr., & Parker, R. (2003, ago.). As estratégias do Banco Mundial e a resposta à AIDS no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*, 27, 81-94. Recuperado em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Divulg.%20sa%FAde%20debate&connector=ET&lang=pt>
- Merhy, E. E. (2007). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo* (3. ed.) São Paulo, SP: 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 S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds.), *CONEXÕES Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade* (pp. 276-300). São Paulo, SP: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2001). Sobre a complexidade da implementação do SUS [Prefácio]. In S. F. Silva, *Municipalização da saúde e poder local: Sujeitos, atores e políticas* (pp. 21-44). São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (1993). *Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (1998). *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: Diretrizes e procedimentos básicos* (3. ed.) Brasília, DF: Autor. (Original publicado em 1997). Recuperado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_aids.pdf
- Ministério da Saúde. (1999). *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: Manual*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cta.pdf
- Ministério da Saúde. (2003). *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a atenção básica*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf
- Ministério da Saúde. (2004). *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07ConsensoGestante2004.pdf>
- Ministério da Saúde. (2008). *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/Aids no contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena* (3. ed.) Brasília, DF: Autor. (Original publicado em 2005). Recuperado em <http://www.aids.gov.br/publicacao/oficina-de-aconselhamento-em-dsthivaid-no-contexto-do-distrito-sanitario-especial-indige>
- Monteiro, J. F. A., & Figueiredo, M. A. C. (2009, abr.). Vivência profissional: Subsídios à atuação em HIV/Aids. *Paideia* (Ribeirão Preto), 19(42), 67-76. doi:10.1590/S0103-863X2009000100009
- Paiva, V. (2002, ago.). Sem mágicas soluções: A prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 25-38. Recuperado em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832002000200003&script=sci_arttext
- Parker, R. (2000). *Na contramão da Aids: Sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro, RJ: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS.
- 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*, 27, 8-49. Recuperado em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search=Divulg.%20sa%FAde%20debate&connector=ET&lang=pt>
- Revel, J. (2005). *Michel Foucault: Conceitos essenciais*. São Carlos, SP: Claraluz.
- 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*, 29, 115-123. Recuperado em <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?search>

- =Divulg.%20sa%=FAde%=20debate&connecto
r=ET&lang=pt
- Silva, J. P. V., & Lima, J. C. (2005). 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* (pp. 43-73). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz.
- Silva, N. H. L. P., & Cardoso, C. L. (2008, ago.). Agentes comunitários de saúde: Sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 267-266. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a13v20n2.pdf>
- Souza, V., & Czeresnia, D. (2007, dez.). Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos Centros de Testagem Anti-HIV. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(23), 531-48. doi:10.1590/S1414-32832007000300010
- 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* (3. ed., pp. 123-151). São Paulo, SP: Cortez.
- Traverso-Yépez, M. (2008). *A Psicologia Social e o trabalho em saúde*. Natal, RN: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Vasconcelos, E. M. (2008). *Abordagens psicossociais: Volume 1. História, teoria e trabalho no campo*. São Paulo, SP: Hucitec.

Recebido: 04/02/2014
1ª revisão: 07/07/2014
2ª revisão: 15/09/2014
3ª revisão: 1º/10/2014
Aceite final: 08/10/2014