



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**

**CLARISSE SAMPAIO PEQUENO**

**ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS E SEUS ENTREMEIOS: OS DISCURSOS DE**  
**ENFERMEIROS E USUÁRIOS**

**FORTALEZA-CEARÁ**

**2015**

CLARISSE SAMPAIO PEQUENO

ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS E SEUS ENTREMEIOS: OS DISCURSOS DE  
ENFERMEIROS E USUÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Educação, saúde e subjetividade

Orientadora: Prof<sup>fa</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Correa Lima  
Miranda

FORTALEZA- CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Pequeno, Clarisse Sampaio.

Aconselhamento em HIV/Aids e seus entremeios: os discursos de enfermeiros e usuários [recurso eletrônico] / Clarisse Sampaio Pequeno. - 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 111 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Educação, saúde e subjetividade.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Karla Correa Lima Miranda.

1. Aconselhamento em HIV/Aids. 2. Enfermagem. 3. Discurso. I. Título.

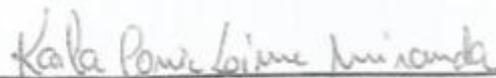
**CLARISSE SAMPAIO PEQUENO**

**ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS E SEUS ENTREMEIOS: OS DISCURSOS DE  
ENFERMEIROS E USUÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará – UECE, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

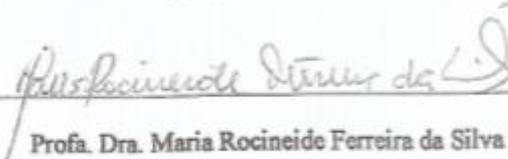
**Aprovada em 27 de fevereiro de 2015.**

**BANCA EXAMINADORA**



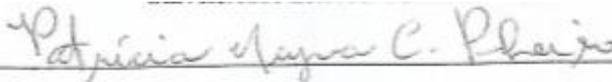
Profa. Dra. Karla Corrêa Lima Miranda (Orientador e Presidente)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



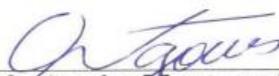
Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (Membro Efetivo)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Membro Efetivo)

Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof.º Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ

Aos meus pais, Márcio e Suely e a minha  
irmã, Letícia, minhas bases constantes!

## AGRADECIMENTOS

A Deus por guiar-me e me fazer confiar no amanhã, na sua providência divina, não me deixando fraquejar nos momentos de incerteza.

Aos meus pais, Márcio e Suely e a irmã, Letícia que me fortaleceram em cada etapa.

À minha orientadora Karla Corrêa Lima Miranda que há cinco anos apresentou-me novos olhares, provocando dúvidas e fazendo-me questionar o que antes parecia já completo. Me fazendo perceber que o mundo torna-se mais interessante quando encontramos lacunas que nos movimenta. Sua leveza ao ensinar, mediando a emergência da voz de cada aluno, e o principal, escutando-os, é o que a torna uma educadora única. Como você, Prof<sup>a</sup> Karla, são poucas. Obrigada por oportunizar esse novo aprendizado. Espero que possamos enfrentar novos desafios juntas. Muito obrigada!

Ao grupo de pesquisa Educação, saúde e subjetividade pelas leituras e discussões e pelas acolhidas sempre calorosas de cada reunião.

Agradeço aos mestres que compuseram a minha banca examinadora, Dra. Rocineide Ferreira, Dra. Patrícia Neyva e Dr. Marcos Tosoli que contribuíram para o meu crescimento intelectual.

Ao meu companheiro de vida, George, que manteve-se firme nos meus momentos de ausência, me apoiando sempre com seu abraço e carinho.

À minha tia e madrinha Dudu que sempre foi uma inspiração como enfermeira e pessoa.

À minha avó Alcira e meu avô Elmar por rezarem inúmeras novenas do Pai-Eterno, demonstrando sempre uma enorme torcida e preocupação.

Aos meus amigos de vida, Lucas, Marília, Nayara e Nara por tornar essa etapa final mais leve e risonha.

As companheiras do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde por todas as discussões e reflexões que de alguma forma despertou-me para o desconhecido.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde por compartilharem um pouco do saber do cuidado, da enfermagem, desvelando novas possibilidades.

Aos enfermeiros e pacientes que colaboraram com a construção desse estudo.

“Ontem de manhã quando acordei, Olhei a vida e me espantei Eu tenho mais de 20 anos e eu tenho mais De mil perguntas sem respostas.”

(Elis Regina)

## RESUMO

O aconselhamento (AC) surge como uma proposta de prevenção ao HIV, pautando-se em referenciais educativos, comportamentais e emocionais. Nesse sentido, esta prática é atravessada por sentidos e significados diversos; sentidos estes oriundos de discursos presentes nas suas formas de existir e se comunicar envolvendo a subjetividade, tanto do enfermeiro como do paciente. Acreditando no papel significativo que o AC ocupa no cenário do cuidado clínico de enfermagem aos sujeitos que vivenciam uma possível soropositividade para HIV torna-se fundamental conhecermos as formações ideológicas sobre o aconselhamento em HIV/Aids, a que necessidades eles respondem, como se modificam e se deslocam, com o intuito de provocar reflexões sobre a prática do aconselhamento à luz das nuances dos discursos significando entender como diferentes dizeres se combinam, em condições sociais particulares são construídas, para constituir novas possibilidades de aconselhar. Portanto, este estudo tem como objetivo analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros e pelos sujeitos que vivenciam o aconselhamento em HIV/Aids. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados em seis Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV/Aids do município de Fortaleza-CE, tendo como sujeitos do estudo doze enfermeiras que atuavam na assistência das referidas instituições e onze usuários que vivenciaram o aconselhamento em HIV/AIDS. A análise do discurso na perspectiva da corrente francesa foi utilizada tanto como método de análise como referencial teórico. A análise culminou com a construção de duas formações discursivas (FD) referentes aos discursos dos enfermeiros e duas FD alusivas aos discursos dos sujeitos. Em relação as FD dos enfermeiros, uma formação reflete o caráter disciplinador do AC em HIV/AIDS, pautado na transmissão de informações, no qual o enfermeiro “inculca” o saber normativo ao sujeito, em nome de uma educação disciplinadora, bancária, sendo por meio deste que tudo se explica, em que os sujeitos são orientados, esclarecidos, sendo, enfim, modelados. A outra FD retrata um AC que busca uma ruptura com esse viés disciplinante do sujeito, no qual o profissional procura estar ao lado, mostrando aceitação e empatia ao sujeito, seguindo uma perspectiva humanista do AC. Porém, na tentativa de romper com essa prática normativa do AC, o enfermeiro desliza ao “tomar” a fala do sujeito revelando uma constituição ideológica que tenta manter os sujeitos, tanto pacientes como profissionais, sob às ordens da ciência. Das FD dos pacientes, a primeira emergiu da circularidade da “dúvida” tanto relativa ao próprio status sorológico como também as dúvidas sobre aspectos científicos e preventivos referentes

às DSTs, sendo estas endereçadas ao enfermeiro e a segunda FD revela a busca do sujeito em amenizar o seu mal-estar, endereçado o encontro do alívio ao enfermeiro novamente. Nesse contexto, a formação ideológica que pode sustentar os discursos dos sujeitos é a ideologia da passividade, tendo como foco o endereçamento tanto da dúvida como do alívio ao profissional, não conseguindo assumir o sujeito, até devido a toda conjuntura já instaurada, um papel que exponha suas reflexões, seus desejos, enfim, sua subjetividade. Após análise, acreditamos que o AC é um mobilizador de inquietações tanto para os enfermeiros como para os sujeitos e que é possível escapar dessas determinações que massificam, padronizam, traçando linhas de fuga que indiquem novas direções para a existência.

**Palavras-chaves:** Aconselhamento em HIV/Aids. Enfermagem. Discurso.

## ABSTRACT

Counseling emerges as a proposal for HIV prevention, and are based on educational, behavioral and emotional references. Thus, this practice is crossed by many senses and meanings; these senses come from present speeches in their forms to exist and communicate involving subjectivity, both nurse and patient. Believing the important role that the AC holds in the setting of clinical nursing care to individuals who experience a possible soropositividade HIV is fundamental ideological formations know about counseling on HIV / AIDS, which needs they respond, how to modify and moving, in order to provoke reflection on the practice of counseling in the light of the nuances of meaning speeches understand how different sayings combine, in particular social conditions are built to provide new possibilities for advice. Therefore, this study aims to analyze the discourses produced by nurses and by the subjects who experience counseling on HIV / AIDS. This is a descriptive qualitative study. Data were collected in six Specialized Outpatient Services in HIV / AIDS in the city of Fortaleza-CE, with the subjects of the study twelve nurses working in the care of these institutions and eleven users who experienced counseling on HIV / AIDS. Discourse analysis in the french current was used both as a method of analysis as a theoretical framework. The analysis led to the construction of two discursive formations (FD) relating to the speeches of nurses and two FD alluding to the speeches. Regarding the FD of nurses, training reflects the disciplinary character of the AC in HIV / AIDS, based on the transmission of information, in which the nurse "inculcates" the normative knowledge to the subject on behalf of a disciplinary education, banking, and by This means that everything is explained, in which the subjects are instructed, enlightened, finally being modeled. The other depicts a FD AC seeking a break with this disciplining bias of the subject, in which the professional search is next, showing acceptance and empathy to the subject, following a humanistic perspective of the AC. However, in an attempt to break with this normative AC practice, the nurse slips to "take" the speech of the subject revealing an ideological constitution that tries to keep the subjects, both patients and professionals under the orders of science. Of FD patients, the first emerged from the circularity of "doubt" both on the own HIV status as well as questions about scientific and preventive aspects related to STDs, which are addressed to the nurse and the second FD reveals s search of the subject in the ease his discomfort, addressed the meeting of the relief the nurse again. In this context, the ideological training that can sustain subjects' speech is the ideology of passivity, focusing on addressing both the doubt as relief to the professional, failing to take the subject up because the whole situation now in place, a role

that expose their thoughts, their desires, finally, their subjectivity. After analysis, we believe that the AC is a mobilizer of concerns both for nurses as to the subject and that it is possible to escape these determinations massify, standardize, tracing lines of flight that indicate new directions for existence.

**Keywords:** Counseling on HIV / AIDS. Nursing. Speech.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AC	Aconselhamento em HIV/AIDS
CDC	Centers for Disease Control
CMACCLIS	Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FD	Formação discursiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1	TECENDO O OBJETO DE ESTUDO.....	14
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	18
<b>2</b>	<b>ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: A HISTÓRIA, OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E SUAS IMPLICAÇÕES AO SUJEITO...</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>A ANÁLISE DO DISCURSO COMO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: OS SENTIDOS E SEUS PROCESSOS DE SIGNIFICAÇÃO.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM.....	31
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	31
4.3	PERÍODO DA COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA..	32
4.4	INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DOS DADOS.....	34
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
4.6	ANÁLISE DE DADOS: O PROCESSO DE ANÁLISE DO DISCURSO.....	35
<b>5</b>	<b>O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS E OS SEUS CENÁRIOS.....</b>	<b>40</b>
5.1	O ACONSELHAMENTO E AS SUAS CONDIÇÕES POLÍTICAS-HISTÓRICAS.....	41
5.2	O ENFERMEIRO E O PACIENTE: OS SUJEITOS NO CENÁRIO DO ACONSELHAMENTO.....	44
5.3	OS SAES EM HIV/AIDS: OS CENÁRIOS E SEUS ENTREMEIOS.....	46
<b>6</b>	<b>A MOVIMENTAÇÃO DE SENTIDOS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: ANÁLISE E TRAJETOS DISCURSIVOS.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1</b>	<b>O TRAJETO DISCURSIVO DOS PROFISSIONAIS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/ AIDS: ENTRE A DISCIPLINA E O HUMANISMO.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1.1</b>	<b>Formação discursiva – Testagem, aprendizagem, enfermagem: a modelagem do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS.....</b>	<b>50</b>
<b>6.1.2</b>	<b>Formação discursiva – Deslizando sobre a escuta, a empatia e a aceitação: em busca da centralidade no sujeito.....</b>	<b>59</b>

6.1.3	<b>Passividade à ordem e à norma: uma hipótese para atuação das Enfermeiras dos SAEs.....</b>	70
6.2	<b>O TRAJETO DISCURSIVO DOS USUÁRIOS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/ AIDS: O MAL ESTAR DO SUJEITO E A BUSCA DE UM ALÍVIO.....</b>	72
6.2.1	<b>Formação discursiva - A dúvida como o movimento do sujeito e as suas circularidades no aconselhamento em HIV/AIDS.....</b>	73
6.2.2	<b>Formação discursiva – A demanda do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS: o alívio endereçado ao enfermeiro.....</b>	80
6.2.3	<b>A passividade do sujeito aconselhado: o endereçamento da dúvida e do alívio ao enfermeiro no aconselhamento em HIV/AIDS.....</b>	86
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	89
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	94
	<b>APÊNDICES.....</b>	102
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O ENFERMEIRO.....	103
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O USUÁRIO DO SAE.....	104
	APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O ENFERMEIRO.....	105
	APÊNDICE D - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O USUÁRIO DO SAE.....	106
	<b>ANEXOS.....</b>	107
	ANEXO A – PARECER DE CEP.....	108
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA HSJ.....	110
	ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DA SMS.....	111

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TECENDO O OBJETO DE ESTUDO

No campo da saúde, tanto os profissionais como os usuários dos serviços, estão inseridos em uma esfera sócio-histórica que é atravessada por diferentes culturas e simbologias, produzindo assim discursos que são impregnados de sentidos nos quais estão relacionados com a história, a exterioridade e as condições de produção da linguagem vivenciadas por cada um.

Pela palavra discurso, compreendem-se, de forma etimológica, sentidos como curso, percurso, movimento. Assim, o discurso é assim palavra em movimento, prática de linguagem que mantém relação com a sua exterioridade, buscando por conhecer melhor a forma que a questão a ser respondida não é o "o quê", mas "como" essa palavra e esse discurso significam (ORLANDI, 2005).

Trazendo, primeiramente, a enfermagem, que é perpassada por diferentes contextos, vieses, e conseqüentemente, discursos, sendo representada na ordem simbólica pelo cuidado ao ser humano, desenvolvendo ações direcionadas à promoção e ao restabelecimento da saúde, à prevenção de doenças, inserida em um ambiente de processo de trabalho que é influenciado pelo modelo biomédico, aquele que volta-se a aplicação de métodos curativos e medicalizadores visando o alcance da cura do corpo, o cuidado ao sujeito, antes vinculado à imagem da religiosa bondosa, tornou-se um tanto mecanicista, pronunciando uma necessidade incessante da manutenção de um corpo físico saudável, a fim de restabelecê-lo para a sua volta ativa ao “mundo real”.

Nesse sentido, em contraste com o expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, críticas direcionadas ao modelo de organização das ações de atenção à saúde, essencialmente tecnicista e centrado na patologia, vêm sendo configurado em relação aos serviços de saúde atuais, principalmente, em relação à clara assimetria entre os papéis do profissional e do sujeito, cabendo a este um lugar subordinado aos arranjos tecnológicos (AYRES, 2009).

A manutenção de um cuidado essencialmente biológico acaba por fortificar ainda mais essa relação assimétrica entre o profissional e o sujeito no qual pode está atrelada com a própria formação tecnicista do enfermeiro proposta pelos currículos dos cursos de graduação, cujas disciplinas não articulam-se com outros saberes vinculados as ciências humanas. Assim, quando os enfermeiros deparam-se com os serviços que envolvem uma perspectiva de

cuidado que busca transpor o cuidado físico, esbarram nas dificuldades em proporcionar intervenções singulares, mantendo um processo terapêutico sustentado pela dicotomia entre o cuidado ao ser humano no biológico, no psíquico e no social.

Nesse contexto, a dimensão propriamente técnica do cuidado clínico de enfermagem favorece a prevalência da ausculta da doença em detrimento de outros possíveis sentidos a serem cuidados. Assim, o sujeito parece sofrer um contínuo apagamento de si quando se estabelece uma relação de cuidado. O seu sofrimento e a sua angústia aparecem de forma opaca, mascarada para os que cuidam. Porém, muitas vezes, estão translúcidas assim como a procura pela escuta de si, e não da sua doença.

Em relação aos sujeitos a serem cuidados, a possibilidade de adoecimento acaba gerando uma expectativa em relação ao momento de encontro com o profissional. Dúvidas e incertezas e a espera por informações estão explícitos e são reações do sujeito já esperadas, e assim, estando o profissional ocupando o posto de detentor do saber – aquele que irá esclarecer o que permanece confuso/obscuro - ligado à sua autoridade e a sua competência, requer-se dele uma mudança de posição, a fim de haver uma quebra da passividade, muitas vezes, construída no diálogo estabelecido com o sujeito, e abrir espaços que possam vislumbrar a subjetividade do ser humano, com intuito de ouvir aquilo que escapa ao discurso biomédico, trazendo à tona o que, geralmente, é excluído nesse momento.

A partir desse ponto em que o processo terapêutico alcança a possibilidade de um desabafo do sujeito, que é interpretado por Foucault, como o efeito da confissão, o dizer, o pronunciar de um discurso, revelando possíveis erros, produz uma sensação de purificação, de consolo e de perdão para suas falhas (SOUZA; CZENESNIA, 2010).

Porém, como resultado do próprio contexto histórico e sócio-político em que está inserida, a enfermagem ainda está atrelada ao sistema classificatório de cuidado, mas já mostra indícios que busca a modificação de suas formas de cuidar, ao permitir-se escutar o sujeito, e não apenas sua doença, ousando e mostrando-se como uma profissão que pronuncia uma enorme potencialidade de transformação em relação ao cuidado do sujeito.

Trazendo o movimento da produção de discursos para o contexto de uma possível soropositividade para o vírus HIV, identifica-se que o sujeito é encoberto por uma revolução de sentimentos e medos que acarretam angústia e sofrimento, envolvendo suas questões subjetivas já preexistentes com um rol de novas preocupações que precisam ser discutidas no processo de cuidado. Dentre as particularidades que acompanham os sujeitos acometidos pelo HIV, consideramos o preconceito e o estigma no meio social, a fragilidade do corpo e a

possibilidade de uma morte prematura, percebendo que, nesse momento, a não aceitação da doença instala-se de uma maneira súbita e a vulnerabilidade do corpo parece algo iminente.

Devido a essas especificidades, a Aids acaba por imprimir aos sujeitos soropositivos expectativas relacionadas ao imaginário da sociedade. Reconhecemos, assim, que a integração de diversos campos de cuidado direcionados tanto aos sintomas biológicos como aos psicológicos revelam-se uma prioridade no cuidado a esses sujeitos.

Preocupamo-nos também com algumas ações no processo de cuidado que podem tornar-se prescritivas e engessadas, na tentativa de adequar o sujeito ao contexto que está inserido através da modelagem de seus comportamentos. Esse fato ressalta o poder soberano da verdade da ciência, o único saber, pois ao seguir as prescrições sugeridas pelo profissional, o sujeito terá como garantia e recompensa da “ciência” a conquista de uma melhor qualidade de vida, independentemente de sua inserção psíquica-sócio-histórica e cultural.

Nos últimos anos, uma das prioridades do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) foi incluir práticas de prevenção nas atividades assistenciais já existentes nos serviços de saúde e a incorporação do aconselhamento em todos os serviços de atendimento em DST/Aids e Centros de Testagem anti-HIV (CTA) (BRASIL, 2004).

Assim, as ações preventivas voltaram-se para atender, de forma mais satisfatória, à demanda do indivíduo-coletividade, cedendo lugar às chamadas estratégias de redução de riscos, fundamentadas na difusão de informação, controle de bancos de sangue, práticas de “sexo mais seguro”, testagem e aconselhamento (PINHEIRO; CALAZANS; AYRES, 2013).

Dentre uma das principais estratégias e ações de cuidado propostas para lidar com o impacto que a Aids ocasionou, principalmente, no âmbito da saúde, o aconselhamento em HIV/Aids surgiu como possibilidade de prevenção que oferece condições necessárias para a interação com a subjetividade, atuando no âmbito do sujeito, tendo como componentes o apoio emocional, o apoio educativo que trata das trocas de informações sobre DST e o HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção, tratamento e avaliação de riscos (BRASIL, 1999).

Nesse contexto, o aconselhamento em HIV/Aids atua de forma a trabalhar com a identificação do próprio risco e propiciar uma reflexão sobre medidas preventivas viáveis para o indivíduo que deseja realizar a sorologia anti-HIV. Porém, é uma estratégia que transcende o âmbito da testagem e configura-se como uma ação em saúde, que contribui para a formulação de discursos que propõem a reflexão, a superação de dificuldades no enfrentamento dos problemas relacionados às DST/HIV/Aids e, sobretudo, da autonomia do sujeito no processo de prevenção e cuidado. Esses discursos não apenas refletem relações

sociais, mas as constroem e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais, sejam estes profissionais da saúde ou usuários (FAIRCLOUGH, 2008).

Essa fase de resposta à epidemia da Aids, que se iniciou em 1989, teve como propósito a capacitação coletiva e de mobilização comunitária vinculado às condições políticas, econômicas, sociais, culturais e simbólicas deslocando-se das intervenções comportamentais baseadas em informações objetivas e na persuasão racional (SOUZA; CZERESNIA, 2007; AYRES et al., 2009).

Assim, o aconselhamento pronuncia a existência de um jogo entre as necessidades democraticamente contempladas e os modos tecnológicos de agir, a fim de auxiliar a (re)construção do "saber fazer" do outro através de uma relação dialógica com vistas ao estabelecimento de uma autonomia em relação à prevenção do HIV/Aids, pautado em uma escuta ativa centrada no sujeito (SOUZA; CZERESNIA, 2010).

Porém, ao propor mecanismos de controle da vida das pessoas, o "saber fazer" organizado por condutas que se ordenam e se configuram por meio de sistemas de poder-saber, funcionando, assim, como uma forma de assujeitamento a procedimentos normalizadores, podem implicar ao aconselhamento o estabelecimento de uma relação de poder sobre o sujeito, tendo como meta a produção de comportamentos regulatórios.

Torna-se evidente, assim, que o tripé que sustenta a prática do aconselhamento em HIV/Aids, pode não funcionar de forma equilibrada, pois além dos conteúdos a serem apreendidos dentro desta atividade serem pré-definidos, genéricos e formatados, sendo difundidos, muitas vezes, de forma descontextualizada e acrítica, tornando o processo educativo como um mero repasse de informações, o momento direcionado ao "apoio emocional" torna-se algo superficial, não havendo disponibilidade do profissional em implicar-se na construção de uma relação com o sujeito. Portanto, faz-se necessário superar essas limitações quanto à normatização e modelagem do sujeito vinculada à racionalidade biomédica, conduzindo a busca de novas perspectivas de cuidado, que possam ajudar no processo terapêutico dos sujeitos a serem cuidados.

A partir do exposto, percebe-se que o aconselhamento em HIV/Aids é uma estratégia atravessada por sentidos não mecânicos e assépticos, e nem livres de outros significados; ao contrário, o sentido atribuído pelos sujeitos é oriundo de discursos presentes nas suas formas de existir e se comunicar envolvendo a subjetividade, tanto do profissional como do usuário; a historicidade e exterioridade que constroem e sustentam os discursos proferidos pelos sujeitos. Portanto, entendemos que os discursos são práticas, não apenas de representação, mas também, de organização do mundo e têm conexões com os sistemas

ideológicos e de poder de uma determinada sociedade. São formações de saberes com regras próprias e inseridas em sistemas de poder (FOUCAULT, 2005).

Por isto, analisar os discursos que perpassam o aconselhamento em HIV/Aids como modo de ação implica o estabelecimento de uma relação dialética entre o discurso, a estrutura social e a subjetividade. A articulação dos discursos, neste nível, sugere que eles são de importância central nos processos terapêuticos. Deste modo, vislumbramos no campo do aconselhamento em HIV/Aids, os discursos produzidos pelos enfermeiros e pelos sujeitos que vivenciaram essa prática como um objeto de pesquisa em potencial.

## 1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Tendo, inicialmente, um primeiro contato com a temática HIV/Aids através de um grupo de voluntários que atua em um hospital de referência a doenças infecciosas, localizado em Fortaleza/CE, pude envolver-me de uma forma mais íntima com os sujeitos acometidos por essa patologia. Ao longo de quatro anos, obtive experiências que engrandeceram-me como pessoa, mas instigaram-me como pesquisadora. Inúmeros questionamentos emergiram diante da observação do cuidado que envolvia as particularidades daqueles sujeitos. Ao ingressar na Iniciação Científica, a oportunidade de desbravar os problemas de pesquisa que tanto instigavam-me, surge como um encontro de novos horizontes de conhecimento.

Durante o período acadêmico, o aconselhamento em HIV/Aids foi um dos meus objetos de estudo, e ao ingressar no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), deparo-me novamente com este, iniciando uma busca de novas perspectivas que pudessem enriquecer ainda mais esta prática.

Definido como uma estratégia de prevenção direcionada para a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV/Aids na medida em que propicia uma reflexão sobre atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco, recebendo o indivíduo adequado suporte emocional para lidar melhor com essa nova condição e participar ativamente de seu processo terapêutico, o aconselhamento é considerado um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente (BRASIL, 2004).

A partir desse enunciado sobre o aconselhamento em HIV/Aids, consideramos que essa prática ocupa um papel significativo no cenário do cuidado clínico de enfermagem aos sujeitos que vivenciam uma possível soropositividade para HIV. Portanto, torna-se evidente que conhecer as formações discursivas, assim como a ideologia que as sustentam, a que necessidades eles respondem, como se modificam e se deslocam, tem importância central

para se compreender a prática do aconselhamento durante o encontro entre o enfermeiro e o sujeito que vivencia esse momento.

A partir dessas considerações, questionamo-nos quais os discursos produzidos pelos enfermeiros e pelos sujeitos que vivenciam o aconselhamento em HIV/Aids?

Acreditamos que conhecer os discursos, ou seja, o curso, as palavras em movimento, que perpassam o âmbito do aconselhamento em HIV/Aids, proporcionará um despertar para tudo aquilo que deixa-se escapar no processo de cuidado, havendo, assim, a possibilidade de refletir sobre essa prática à luz das nuances dos discursos, Isso pode constituir-se em maior entendimento de como os diferentes dizeres se combinam, em que condições sociais particulares são construídas, a fim de se compor novas possibilidades de aconselhar.

Assim, torna-se relevante conhecermos e discutirmos o aconselhamento em HIV/Aids, considerando uma possibilidade de encontro entre o enfermeiro e o sujeito a ser cuidado, identificando, assim, as formações discursivas e, conseqüentemente, a ideologia que fundamentam-na, a fim de instigar reflexões que possam aprofundar e ressignificar as questões que permeiam a prática profissional do enfermeiro e também as percepções dos usuários em relação ao aconselhamento em HIV/Aids.

Esse estudo teve como objetivo analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros e pelos usuários que vivenciam o aconselhamento em HIV/Aids.

## **2 ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: A HISTÓRIA, OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E SUAS IMPLICAÇÕES AO SUJEITO**

Tendo como possíveis significados: dar conselhos; recomendar; sugerir; trocar reciprocamente ideias sobre determinados assuntos, tencionando chegar a uma conclusão ou decisão; procurar convencer, a palavra “aconselhar” remete-nos a múltiplas semânticas que esse termo pode expressar. Mas, tradicionalmente, o termo aconselhamento é usado em conexão a situações como fornecer informações, criticar, encorajar, apresentar sugestões e interpretar o indivíduo e o significado de seu comportamento.

O aconselhamento tem sido utilizado durante sua história nas mais diferentes áreas como: saúde, trabalho, orientação vocacional, educação, e como opção na terapêutica de problemas afetivo-emocionais.

Enquanto prática, o aconselhamento foi desenvolvido, inicialmente, nos Estados Unidos, no princípio do século XX, como um dispositivo da assistência social, oferecendo apoio a problemas financeiros, oportunidades de expressão e alívio das tensões e angústias. Entretanto, à medida que as suas técnicas tornaram-se mais elaboradas e a sua aplicação ampliada através da utilização de teorias científicas, as definições de aconselhamento sofreram idênticas evoluções, transformando-se em um ramo da psicologia (SCHEEFFER, 1983; SCHEEFFER, 1987).

Tendo como foco o aconselhamento em HIV/Aids, retratamos, inicialmente, a trajetória histórica e epidemiológica da Aids. Na primeira fase foi instituído um discurso preventivo e homofóbico com ênfase na informação. Na segunda fase, houve um deslocamento do discurso de grupo para “comportamento de risco”, cujo objetivo era minimizar o peso do estigma dos grupos de risco e universalizar a preocupação com o controle da infecção. A partir de mudanças no perfil da dinâmica da epidemia, estimularam-se reflexões sobre a necessidade de modificações estruturais e respostas a setores sociais menos favorecidos, sendo desenvolvido o conceito de vulnerabilidades para abranger uma visão mais ampliada para o controle da infecção. Nesse sentido, a atual fase de resposta à epidemia da aids, que se inicia em 1989, tem sido marcada sob o propósito inédito de um deslocamento das intervenções comportamentais baseadas em informações objetivas e na persuasão racional, para um enfoque de capacitação coletiva e de mobilização comunitária vinculado às condições políticas, econômicas, sociais, culturais e simbólicas (SOUZA; CZERESNIA, 2007; AYRES et al., 2003).

Nesse contexto, o aconselhamento começou a ser implantado no âmbito DST/Aids como uma das principais estratégias de prevenção primária e secundária conduzidas pelo Centers for Disease Control (CDC), nos Estados Unidos, a partir de março de 1985. Assim, estando ligado, principalmente, à testagem anti-HIV, o aconselhamento concentrava-se, basicamente, no repasse de informações gerais e globais e no incentivo à redução de comportamentos de risco. O foco estava centrado no conteúdo a ser passado; a abordagem centrava-se em um modelo didático tradicional e as preocupações principais convergiam para a doença e o tratamento (SIKKEMA; BISSETT, 1997; VALDISSERI, 1997).

Dentre as etapas, podemos considerar a ocorrência do aconselhamento antes do exame anti-HIV, sendo denominado pré-teste, que concentra seus esforços no sentido de identificar a vulnerabilidade à infecção pelas DST/HIV e nas razões que levaram o paciente a realizar o teste e o significado do resultado positivo ou negativo; e após a realização do exame, que seria o pós-teste, quando é comunicado o resultado dos exames (BRASIL, 2013).

Vale salientar que o conceito de vulnerabilidade aparece marcado pela tendência da democratização, incorporando temas relacionados à educação e aos direitos humanos. Com uma dinâmica mais inclusiva, este se propõe a reduzir assimetrias, de forma a ampliar e fortalecer a assistência em saúde como uma medida de prevenção que responda às especificidades dos sujeitos, independentemente de sua condição sorológica, grupo social ou orientação sexual. A adoção deste conceito como um referente que pode redimensionar e redirecionar o saber/fazer em saúde configura-se em um movimento teórico-prático que demanda um esforço de reconhecimento e de articulação de elementos associados e associáveis aos processos de produção de saúde nos contextos em que transcorre a vida dos diferentes sujeitos socioculturais (SOUZA; CZERESNIA, 2007; MEYER et al., 2006).

A fim de fundamentar e orientar a prática do AC, em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um manual específico para as ações de aconselhamento em HIV/Aids, no qual o aconselhamento não era visto como uma técnica ou um espaço de troca de informações, mas sim da construção de um relacionamento com o paciente, baseado em determinados valores e atitudes, com intuito de ajudar os indivíduos a identificarem a natureza de seus problemas e riscos e tomarem decisões sobre como lidar de forma realista com seus problemas. Era uma proposta que incluía o manuseio de aspectos afetivos, emocionais e sociais, tendo a teoria de Carl Rogers (Abordagem Centrada na Pessoa), como um suporte teórico que norteasse o caminhar da prática (PUPO, 2007).

Nesse sentido, o aconselhamento associado à política de Aids fundamenta-se em três componentes: apoio emocional; apoio educativo e troca de informações; avaliação de riscos e elaboração de um plano de redução desses riscos, baseado nas necessidades, circunstâncias e habilidades do usuário (BRASIL, 1999). O aconselhamento, portanto, é uma prática com considerável complexidade, fundamentada em um discurso que propõe mudanças na atitude dos sujeitos e que, ao mesmo tempo, busca respeitar suas características e expectativas pessoais (SOUZA; CZERESNIA; NATIVIDADE, 2008).

No Brasil, as políticas públicas relativas à epidemia de Aids consolidou-se a partir da criação do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) em 1988, no qual foram enumeradas como prioridades a redução da incidência de infecção pelo HIV/Aids e por outras DST; ampliação do acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/Aids; e o fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da Aids.

A partir da criação do PN-DST/AIDS, a implementação de ações que buscavam construir uma maior sustentabilidade da prevenção e assistência da população contra as DST e o HIV, ganharam força, conquistando direitos e espaços de cuidado para esses sujeitos. Dentre as conquistas, cita-se a adoção de um referencial ético consensual; o acesso universal aos medicamentos (Decreto Presidencial de 13/11/96); a criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar Terapêutico; instrumentos legais de proteção aos direitos dos afetados, tais como a Lei nº 9.313/ 96 (distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de Aids); um melhor controle da transmissão por transfusão de sangue e hemoderivados; e a parceria com estados, municípios e sociedade civil.

Em relação ao aconselhamento em HIV/AIDS, a primeira experiência oficial de orientação sobre modos de prevenção do HIV foi em 1988 com a implantação do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Em 1997, houve a consolidação da prática de aconselhamento e a mudança do nome COAS para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Atualmente, o aconselhamento é uma das prioridades do PN-DST/AIDS que tem como meta a incorporação dessa prática, nas atividades assistenciais já existentes nos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

Assim, o aconselhamento poderia ser considerado uma estratégia de prevenção que transcende o âmbito da testagem, configurando-se como uma ação em saúde que contribui para a formulação de discursos que propõem a reflexão, a superação de dificuldades

no enfrentamento dos problemas relacionados às DST/HIV/Aids e a adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida e, sobretudo, da autonomia do sujeito no processo de prevenção e cuidado. Esses discursos não apenas refletem relações sociais, mas as constroem e posicionam as pessoas de diversas maneiras como sujeitos sociais, sejam estes aconselhadores ou aconselhados (FAIRCLOUGH, 2008; FONSECA; IRIART, 2012).

Enfatiza-se que a prática do aconselhamento não se restringe a uma categoria profissional específica, podendo o profissional que a desempenha se utilizar de concepções teóricas de diferentes campos da ciência, embora se perceba mais comumente a presença implícita ou explícita de teorias da psicologia na sua fundamentação prática (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013).

Podemos perceber que o aconselhamento em sua história, concentra desde sua formulação enquanto prática específica de ajuda, uma significativa dose de ambiguidade, de múltiplas visões, e de em alguns momentos uma aparente contradição entre seus elementos constitutivos, que de uma forma ou de outra, podem ter contribuído para acirrar as dificuldades e inconsistências em sua execução.

Em relação aos pressupostos teóricos que norteiam o aconselhamento, destacamos algumas teorias psicológicas: Teoria Centrada no Cliente, a Existencial e a Comportamental (ARAÚJO; CAMARGO, 2004). Estas teorias aproximam-se do Aconselhamento em DST/AIDS, desenvolvido no Brasil, sendo, portanto, as correntes teóricas mais amplamente observadas nos estudos que abordam esta prática. Enfatiza-se, porém, a existência de outras teorias que podem ser aplicadas como base para o aconselhamento, como a teoria psicanalítica.

A teoria centrada no cliente tem como precursor Carl Rogers e postula que “todo indivíduo existe em um mundo de experiências, continuamente em mudança, do qual ele é o centro” (ROGERS, 1977). Esse mundo de experiências representa o indivíduo, mundo esse de natureza interna, denominado campo fenomenológico ou experiencial, que só pode ser completamente conhecido pelo próprio sujeito. Os outros podem observá-lo, medir suas reações, fazê-lo registrar seus pensamentos, mas nunca poderão conhecer de maneira completa e detalhada como certa situação é experienciada ou percebida pelo indivíduo (SCHEEFFER, 1983).

Assim, em seu caráter humanista, de respeito pelo ser humano e suas potencialidades, a teoria centrada no cliente percebe o indivíduo como o único capaz de conhecer a dimensão integral da dinâmica dos seus comportamentos, descobrindo, assim, novas atitudes mais apropriadas para si. Nesse sentido, torna-se complicado, segundo essa

teoria, ajudarmos de forma totalizadora esse sujeito a ajustar-se à sociedade, pois somente ele possui o conhecimento da totalidade de seu comportamento (BURTON, 1978).

Tendo como principais conceitos a tendência atualizante e de não-diretividade, na qual a tendência atualizante compreende-se como um processo que se alimenta da diferença e que impacta o sujeito centrado, trazendo-lhe uma novidade para aquilo que ele pensa ser sua própria imagem (self) (VIEIRA; FREIRE, 2006).

O conceito de não-diretividade passa, segundo Rogers, pelo acreditar que “o indivíduo tem dentro de si amplos recursos para autocompreensão, para alterar seu autoconceito, suas atitudes e seu comportamento autodirigido” (ROGERS, 1989). Portanto, Rogers acredita na autonomia do indivíduo, no seu direito de escolher qual a direção a tomar no seu comportamento, bem como, na sua responsabilidade pelo mesmo.

Nesse contexto, o aconselhador que fundamenta-se pelos conceitos da Teoria Centrada na Pessoa implementa atitudes facilitadoras que se destinam a modificar de forma positiva o comportamento do indivíduo, a fim de fazê-lo encontrar resoluções para seus conflitos e se autocompreender. Dentre as atitudes do aconselhador, encontra-se a aceitação do aconselhando do jeito que ele é, sem pré-julgamentos; a compreensão empática do aconselhando, ou seja, a capacidade do aconselhador de compreender a realidade do ponto de vista do indivíduo; e a congruência, atitude em que o aconselhador é coerente com ele próprio e com o aconselhando (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013).

Portanto, tendo como base a teoria centrada no cliente, o aconselhador visa a real percepção das vivências e experiências do aconselhando, a fim de dialogar com o indivíduo sobre suas dificuldades e potencialidades, e auxiliá-lo a constatar e compreender uma possível atitude “desajustada” nas suas experiências e a correção desse comportamento, seguindo o aconselhando suas tendências atualizantes (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013).

Em relação à teoria existencial que refere-se a uma corrente filosófica que se caracteriza pela preocupação de compreender o homem como ser único, livre e vivente, em busca de um sentido existencial, temos como principais colaboradores dessa teoria Rollo May, Van Kaam e Sartre.

Sendo um dos pressupostos básicos do existencialismo “O homem não é nada mais do que aquilo que ele faz de si próprio” (SARTRE, 1987), essa teoria ressalta a necessidade da tomada de consciência da própria existência, da importância de uma direcionalidade existencial e do livre arbítrio, da aceitação da responsabilidade pela própria existência (SCHEEFFER, 1983).

Referindo-se ao aconselhamento fundamentado na teoria existencialista, percebemos que este busca situar o sujeito a partir do modo como vivencia sua própria história, pretendendo elucidar o contexto histórico-social em que está inserido e no qual vem constituindo sua personalidade, construindo, assim, atitudes que facilitam a compreensão do sujeito em relação a quem é ele naquele momento e, principalmente, como ele pode agir de forma a alterar o seu futuro, considerando que os sujeitos se caracterizam, fundamentalmente, pelo que ainda não são e, portanto, pela liberdade de se modificarem e modificarem o curso de suas vidas (SARTRE, 1997).

Portanto, pode-se definir o aconselhamento como um encontro humano autêntico, no qual o sentido da existência é encontrado pelo sujeito, sendo esse um conceito básico da concepção existencial. Ao centralizar-se nas experiências subjetivas do indivíduo que representam a fonte de todos os seus significados, o aconselhador oferece-lhe uma ajuda para se reestruturar e se reencontrar, bem como, para o desenvolvimento de novos valores (PEQUENO, MACEDO E MIRANDA, 2013).

Ao utilizar como base a teoria existencialista, o aconselhador por meio de uma atitude calorosa, proporciona ao aconselhando uma percepção do senso de liberdade do indivíduo; a aceitação de si mesmo, respeitando suas limitações e assumindo um compromisso com ele próprio, levando-o ao encontro de um sentido para sua existência. Seria um aconselhamento no qual o aconselhador iria utilizar recursos para convocar o aconselhando a assumir as responsabilidades de suas ações e escolhas.

A teoria comportamental fundamentada, predominantemente, nas concepções de Skinner, é também umas das abordagens que oferece um suporte teórico ao aconselhamento. Essa teoria postula a ideia que a partir de ações reforçadoras do ambiente, objetivando a manutenção de comportamentos adequados, a mudança de comportamentos, apreendendo, assim, novas atitudes e extinguindo os comportamentos inadequados, o comportamento humano pode ser modelado a partir da alteração no ambiente (SCHEEFFER, 1983).

Dentro dessa perspectiva comportamental existe o “comportamento respondente” (denominado assim por responder a um estímulo específico como os comportamentos reflexos, por exemplo) que tem caráter involuntário e o “comportamento operante” que tem caráter voluntário (BAHLS; NOVALAR, 2004).

Denominado como aquele que modifica o ambiente, estando sujeito a alterações a partir das consequências de sua atuação sobre o meio, o comportamento operante propicia possibilidades futuras de ocorrer novamente, estando na dependência das consequências que foram geradas por ele (SKINNER, 2003).

Assim, como uma forma de modificar o comportamento do indivíduo, busca-se o condicionamento operante que pode ser utilizado através de um procedimento conhecido como modelagem, que consiste na forma progressiva com que o repertório comportamental de um organismo vai sendo modificado através de reforços sistemáticos de comportamentos que se assemelham ao comportamento final ao qual se quer atingir (BAHLS; NOVALAR, 2004).

Portanto, pode-se conceituar o aconselhamento comportamental como uma aprendizagem de comportamentos adaptativos, resultantes de reforços ou estímulos vindos do ambiente. Nesse contexto, o aconselhador é responsável por essa introdução de novos estímulos e modificações o ambiente em que o indivíduo está inserido, estruturando e dirigindo a situação e, quando necessário, intervindo nesse meio.

Assim, o aconselhamento fundamentado na teoria comportamentalista visa ajudar o aconselhando a aprender maneiras eficazes de solucionar os seus problemas, a partir da preparação do ambiente de forma adequada. Isto ocorre, metodicamente, através do ensino ao aconselhando de formas e fórmulas para sua autoproteção (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013).

A partir das considerações expostas, reconhece-se que enquanto prática, o aconselhamento contempla objetivos voltados para prevenção, revelando o aconselhar no sentido normalizador de condutas, porém esse também mostra-se como uma prática que tende a minimizar essa relação de poder existente entre o profissional e o usuário, sendo pautada em prerrogativas éticas, humanistas e democráticas.

Assim, compreende-se a complexidade do aconselhamento em HIV/Aids, no qual diversos discursos podem existir dentro de uma mesma estratégia, conjugando modos que alternam-se entre o informal e regulatório, libertador e disciplinar. Isso significa que a norma e o diálogo podem servir, ao mesmo tempo, como orientação e auxílio para um processo de ressignificação e de mudanças, em que os sujeitos podem interferir, resistir e negociar com os variados discursos materializados na interação aconselhador-usuário (SOUZA; CZENESRINIA, 2010).

### **3 A ANÁLISE DO DISCURSO COMO REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO: OS SENTIDOS E SEUS PROCESSOS DE SIGNIFICAÇÃO**

Como dispositivo analítico e interpretativo, a Análise do Discurso preocupa-se com o envoltório da linguagem, ou seja, as condições sociais, culturais e históricas que atribuem significados diferentes ao discurso do homem. O movimento do discurso perpassa o tempo e o espaço, constituindo e materializando os sentidos em uma sociedade que é “construída por uma memória, um já-dito que os faz serem interpretados” (CRUZ, 2009, p.75).

Considerando-se que este estudo busca uma maior compreensão dos discursos produzidos em relação ao aconselhamento em HIV/Aids, optei por utilizar como proposta teórica-metodológica a Análise de Discurso (AD) da Escola Francesa, cuja filiação teórica principal se iniciou nos anos de 1960 com M. Pêcheux, de modo que fosse possível apreender os discursos dos sujeitos situados em seus contextos sócio históricos, assim como os efeitos de sentidos produzidos por eles.

Ligada a três regiões de conhecimento, o materialismo histórico, trazendo a ideologia e as formações sociais como plano de fundo dos discursos; a linguística, tratando-se dos mecanismos de enunciação e a teoria do discurso, no qual o contexto histórico reflete diretamente nos processos semânticos, a análise de discurso possibilita uma ruptura da análise apenas da língua, dos elementos linguísticos, abrindo caminhos para reflexões que englobem os contextos e as condições de produção dos discursos, a fim de uma maior apreensão dos mesmos (MINAYO, 2010).

Ressalta-se que a psicanálise afeta esses três campos de conhecimento, atravessando, portanto, o discurso em si. Desta forma, a psicanálise perpassa a Análise do Discurso ao considerar a estrutura simbólica do discurso, ou seja, a sua discursividade/historicidade e ideologia. Porém, trazendo à tona a afirmativa “tudo não pode ser dito” (MILNER, 1987) revela-se o fato de que é impossível se inscrever na própria língua, havendo sempre algo não simbolizável, não dizível, pois ao pronunciarmos um discurso, os dizeres não são como queremos e da forma como queremos, revelando, assim, que estamos “sujeitos” a inúmeros fatores, dentre eles a manifestação do inconsciente.

Esta concepção do discurso atravessado pelo inconsciente se articula àquela do sujeito que não é uma entidade homogênea exterior à linguagem, mas resultado de uma estrutura complexa, efeito de linguagem: sujeito descentrado, dividido, clivado, barrado (AUTHIER-REVUZ, 1990, p.28).

O atravessamento do discurso pelo inconsciente pode ser verificado através da presença da heterogeneidade constitutiva entre o intradiscurso e o interdiscurso (ORLANDI, 2008). Denominado também como memória discursiva, o interdiscurso é definido como o já-dito, aquilo que se foi falado antes, estando na base do dizível e sustentando o movimento do discurso. Assim, o saber discursivo disponibiliza dizeres e saberes pré-formulados e constituídos pela sociedade, que circulam e que possibilitam que, ao falarmos, nossas palavras façam sentidos. E o intradiscurso é aquilo que estamos dizendo naquele momento dado, em condições dadas, ou seja, a materialidade discursiva (fala), a formulação do texto em si (GOMES, 2006).

Assim, a heterogeneidade (as marcas do discurso alheio colocado em cena pelo sujeito) revela que a presença do outro torna-se determinante na base constituinte da própria língua, ou seja, algo do outro estará presente no meu discurso, instaurando, então, um novo estatuto ao sujeito discursivo (SANTOS, 2012).

Em relação ao discurso, compreende-se que ele emerge a partir da linguagem, da ideologia e do contexto histórico, configurando-se como um conjunto de enunciados que imprime significados e efeitos de sentido, atribuídos a partir das condições em que é produzido, ou seja, o discurso envolve os “efeitos de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2005). Portanto, a análise do discurso busca compreender os efeitos de sentidos dos discursos e suas regularidades a partir das suas condições de produção.

Sobre a produção do discurso, evidencia-se que essa incide através da interpelação do sujeito, que se dá pela sua ideologia. Porém, ressalta-se que os mecanismos do inconsciente ocultam essa interpelação, resguardando assim, a ideologia do sujeito. Mas sabe-se que apesar da ocultação da realidade, ela é intrínseca à relação entre a linguagem e o contexto onde esse sujeito se insere, produzindo relações de identificação (GOMES, 2007).

Podemos dizer, assim, que o sujeito já tem sua posição estabelecida e já está sob o efeito da ilusão subjetiva, funcionando ao nível imaginário, cujos argumentos são produzidos pelos discursos vigentes, em suas relações historicamente determinadas, sendo a ideologia constituída como efeito da relação do sujeito com a língua e com a história na sua necessidade conjunta, na sua materialidade, onde linguagem e mundo se refletem, no sentido de refração, do efeito (imaginário) necessário de um sobre o outro (ORLANDI, 2007).

Dessa forma, o discurso revela-se como um movimento livre de significados, no qual é construído por uma associação do dito, do já-dito com as formas de viver do sujeito, havendo assim uma atribuição de sentidos a interlocução do homem com o mundo.

Nessa perspectiva, enquanto método, a AD adota o texto constituído por enunciados como unidade de análise, unidade de complexas significações, podendo ser representados por uma palavra, ou por um parágrafo, por conjunto de frases ou um documento inteiro (MINAYO, 2010).

Podemos afirmar que os enunciados originam-se de uma formação discursiva, ou seja, de regionalizações do interdiscurso, sendo configurações específicas dos discursos em suas relações, estabelecendo, assim, regularidades no funcionamento do discurso. Por aí podemos perceber que as palavras não têm um sentido nelas mesmas, elas derivam dos sentidos das formações discursivas, que tem como pano de fundo a ideologia (ORLANDI, 2005).

Desta forma, as formações discursivas representam as marcas ideológicas no discurso através de seus traços materializados como linguagem, entrelaçando-se com a ideologia (ORLANDI, 2001). Portanto, os enunciados assumem uma determinada condição, a partir das formações ideológicas interligadas com as formações discursivas do sujeito, demarcando o que pode e o que deve ser dito, a partir de uma posição em um dado contexto. Ressaltando que o inconsciente perpassa toda a enunciação do sujeito e que o discurso não nasce no meu dizer, mas já está em movimento em outros processos discursivos existentes, a análise do discurso distingue duas formas de esquecimento, número um e número dois, que marcam os não-ditos ou o processo de recalque dos sujeitos.

O esquecimento um, denominado também de esquecimento ideológico, é da “instância do inconsciente e resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia”. Esse esquecimento reflete o momento em que acreditamos que o dizemos originou-se conosco, quando, na realidade, incorporamos dizeres e sentidos já pré-formulados. Na verdade, os sentidos são determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história, e é por isto que significam, e não pela nossa vontade (ORLANDI, 2005, p. 34-35).

Em relação ao esquecimento número dois, presente na ordem da enunciação, tem-se a impressão de que aquilo que foi dito, somente poderia ter sido feito daquela forma; porém no decorrer do dizer formam-se processos parafrásticos que o dizer poderia ser reelaborado (ORLANDI, 2005, p. 35).

Outro conceito que emerge desta discussão sobre o funcionamento e a constituição do discurso é o de condições de produção do discurso que definem-se não apenas como o espaço físico e o institucional, mas, abrangem as formas como nos apropriamos socialmente da linguagem ao sermos interpelados pela ideologia e as possíveis representações daí decorrentes, sob regras que instituem as características das práticas discursivas. A partir

dessas condições, a linguagem é produzida mediante relações de arbitrariedade, exterioridade e de processos histórico-sociais que são constitutivas do discurso (ORLANDI, 2007; ORLANDI, 2008).

Dentre os fatores que possibilitam o funcionamento do discurso destacam-se a relação de sentidos, ou seja, um discurso sempre se relacionará com outro, havendo uma sustentação do dizer; o mecanismo de antecipação no qual todo sujeito coloca-se, de forma imaginária, na posição do interlocutor do dizer, havendo uma certa regulação das palavras com intuito de produzir um efeito que pensa-se produzir no ouvinte; as relações de força revelam que o lugar ocupado pelo sujeito que pronuncia o discurso é constitutivo do que ele diz. Esses mecanismos de funcionamento do discurso são sustentados pelas as formações imaginárias (ORLANDI, 2005, p. 39).

Sob essas condições, constata-se que a incompletude sempre acompanhará a linguagem, ou seja, nunca será possível transmitir todos os sentidos existentes em uma discursividade, não havendo assim um discurso completo e pleno de sentidos, havendo sempre outros sentidos possíveis, pois a língua poderá ocupar diversas posições sociais e interagir com outros sentidos, a partir das vivências, experiências e representações, e da ideologia (GOMES, 2007).

Assim, para encontrar as regularidades da linguagem em sua produção, o analista de discurso relaciona a linguagem as condições de produção de discurso e a sua exterioridade constitutiva, de forma que a questão a ser trabalhada não envolve apenas as palavras apresentadas, mas a historicidade do texto denominado de trabalho dos sentidos (ORLANDI, 2007; ORLANDI, 2005).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM

Na condução do estudo, optamos pela abordagem qualitativa. Tendo como objeto de estudo os discursos dos profissionais e usuários sobre o aconselhamento em HIV/Aids, acredito que haja uma maior aproximação com as questões que envolvam realidades que não podem ser quantificadas, abordando assim um universo de significados que envolvem os dizeres dos sujeitos (MINAYO, 2010). Assim, essa abordagem esteve consoante com a proposta metodológica utilizada no estudo que visa apreender os discursos emitidos pelos sujeitos inseridos em um contexto sócio-histórico e cultural e os efeitos de sentido produzidos.

A referente pesquisa apresentou caráter descritivo, ou seja, visou possibilidades de observação, registro, análise, correlação de fatos ou fenômenos sociais, como forma de detalhar os discursos e as condições em que eles são produzidos (GIL, 2008).

### 4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O campo de coleta dos dados foi constituído pelos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) em HIV/Aids, do município de Fortaleza-CE. Os serviços ambulatoriais em HIV e Aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou Aids. Estes serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados em DST, HIV/Aids (SAE). Também são administrados de diferentes formas: por municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS (BRASIL, 2013).

O objetivo destes serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros (BRASIL, 2013).

Algumas de suas atividades principais são: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de

monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e Aids (BRASIL, 2013).

Ao todo, Fortaleza possui 12 SAEs distribuídos em seis regionais. A regional I comporta dois SAEs; a II dois; a III três; a IV apenas um SAE; a V dois e a VI abrange dois SAEs.

Como critério de seleção, optamos pelas regionais do município de Fortaleza que abrangem a maior quantidade de SAEs e aquelas que oferecem o serviço de aconselhamento em HIV/Aids. Após averiguação, constatamos que a Regional I abrange dois SAEs um em centro de especialidades médicas e o outro em um centro de saúde da família; a Regional III possui três SAEs em seu território, estando um deles localizado em um hospital federal e outro em um hospital estadual, assim como um em centro de saúde. Nessa regional, foi constatado que o hospital federal não realiza mais aconselhamento em HIV/Aids e a Regional V que comporta dois SAEs em hospitais distritais.

Portanto, como campos apreciados tivemos como cenários os SAEs da Regional II, III e V, somando apenas seis instituições, no qual foram garantidos o sigilo quanto a identificação dessas instituições.

#### 4.3 PERÍODO DA COLETA DE DADOS E PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2014. Antes de iniciar a coleta de dados foi realizado um encontro junto à direção das unidades em estudo, visando expor os interesses da pesquisa e sua relevância para a unidade

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros lotados nos serviços ambulatoriais especializados em HIV/Aids que realizam aconselhamento em HIV/Aids, assim como os usuários que vivenciaram esse momento.

Para seleção dos enfermeiros que participaram da pesquisa, foram utilizados como critérios de inclusão: enfermeiros de ambos os sexos que atuem nestes serviços especializados, tendo experiência no mínimo de seis meses nas diversas atividades relacionadas ao aconselhamento em HIV/AIDS. Dentre os critérios de exclusão: estar afastado do serviço por motivo de doença, férias, transferência ou greve.

Já para seleção dos usuários, optamos como critérios de inclusão na pesquisa: usuários de ambos os sexos que vivenciaram o aconselhamento pós-teste, justificando que esses já devem ter vivenciado mais de um momento no aconselhamento (aconselhamento pré-teste anteriormente), adultos jovens maiores de 18 anos. Dentre os critérios de exclusão: não

estiver presente no serviço no momento da coleta; grávidas, devido à possibilidade de demanda relacionada exclusivamente à gravidez; usuários que apresentem dificuldade de comunicação (falar), por ser uma pesquisa que utiliza como instrumento a entrevista, impossibilitando que a coleta ocorra.

Faz-se importante ressaltar, que uma dentre as duas enfermeiras que atuavam em uma das instituições em estudo, encontrava-se de licença médica no período de realização da coleta de dados, estando excluída sob os critérios da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios, obtivemos como participantes da pesquisa 14 enfermeiras e 11 usuários do SAE em HIV/AIDS. Segue a seguir os quadros referentes a caracterização das enfermeiras e dos pacientes.

Quadro 1 - Caracterização das enfermeiras participantes do estudo

ENFERMEIRAS	IDADE	TEMPO DE FORMAÇÃO	MAIOR TITULAÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NO SAE	UNIDADE QUE ATUA	REALIZOU CURSO DE AC?
ENF 1	27 a	5 anos	Mestranda	2a 5m	Cenário F	Não
ENF 2	28 a	6 anos	Especialista	2a 8m	Cenário F	Não
ENF 3	43 a	20 anos	Especialista	13 a	Cenário A	Sim
ENF 4	26 a	3 anos	Especialista	1a 4 m	Cenário A	Não
ENF 5	51 a	28 anos	Especialista	18 a	Cenário A	Sim
ENF 6	32 a	9 anos	Especialista	5 a	Cenário E	não
ENF 7	36 a	12 anos	Especialista	6 a	Cenário E	não
ENF 8	41 a	11 anos	Especialista	4 a	Cenário D	não
ENF 9	45 a	22 anos	Mestra	16 a	Cenário A	sim
ENF 10	48 a	25 anos	Especialista	18 a	Cenário A	sim
ENF 11	27 a	5 anos	Mestranda	2 a 6m	Cenário C	não
ENF 12	36 a	11 anos	Especialista	3 a 4m	Cenário D	não
ENF 13	35 a	10 anos	Especialista	4 a	Cenário B	não
ENF 14	29 a	5 anos	Especialista	2 a 8 m	Cenário B	não

Quadro 2 - Caracterização dos pacientes participantes do estudo

USUÁRIOS DO SAE	IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO	OCUPAÇÃO ATUAL	UNIDADE QUE REALIZOU O AC
USU 1	24 a	Ensino superior incompleto	Universitário	Cenário E
USU 2	19 a	Ensino fundamental completo	Feirante	Cenário A
USU 3	44 a	Ensino médio completo	Comerciante	Cenário A
USU 4	36 a	Ensino médio incompleto	Costureira	Cenário B
USU 5	28 a	Ensino superior incompleto	Vendedora de loja	Cenário D
USU 6	25 a	Ensino médio completo	Cabelereiro	Cenário D
USU 7	40a	Ensino médio incompleto	Vigilante	Cenário C
USU 8	31 a	Ensino superior incompleto	Técnica em saúde bucal	Cenário E
USU 9	38 a	Ensino médio completo	Comerciante	Cenário F
USU 10	45 a	Ensino médio completo	Padeiro	Cenário F
USU 11	31 a	Ensino médio incompleto	Empregada doméstica	Cenário C

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Na etapa de produção das informações foi adotada a entrevista semi-estruturada como técnica. Utilizada em conjunto com as pesquisas qualitativas, a entrevista semi-estruturada emprega certos questionamentos comuns para todos os entrevistados possibilitando que esses possam expressar os pontos de vista de forma mais flexível, trazendo assim novas questões referentes aos questionamentos realizados (FLICK, 2009).

Assim, a escolha da entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta dados possibilitou um maior movimento do sujeito entrevistado, pois permitiu que ele trouxesse novas informações e indagações, sem se atentar somente as questões já formuladas. A possibilidade de uma aproximação do entrevistador, por estar presente no momento da entrevista, possibilitou também um esclarecimento detalhado em relação aos objetivos do estudo e as possíveis dúvidas do sujeito entrevistado (APÊNDICE C e D).

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido à revisão ética e somente foi apreciado por estar de acordo com a resolução nº 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob parecer nº 791.684 (ANEXO 1, 2 e 3).

Após a aprovação, para realização do estudo, os princípios da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, foram respeitados. A autonomia foi garantida aos participantes da pesquisa de forma que eles puderam manifestar-se, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, ou seja, tendo a total liberdade de escolha de participação nos distintos momentos, tendo em vista que a participação foi de forma voluntária e que a qualquer momento eles poderiam se negar a responder a qualquer um dos questionamentos e desistir do estudo (BRASIL, 2012).

Logo após a explanação dos objetivos da pesquisa, assim como da ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos; da garantia de que danos previsíveis fossem evitados; da relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (BRASIL, 2012), sendo assegurado o sigilo e o respeito às considerações do participante, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando evidenciados todas as informações referentes ao estudo, no qual sua assinatura implicou na aceitabilidade da participação no estudo (Apêndices A e B).

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS: O PROCESSO DE ANÁLISE DO DISCURSO

Buscando a leitura e a interpretação dos sentidos, Gomes (2007) sistematiza os possíveis passos para se realizar a análise de discurso: 1º - Passagem da superfície linguística para o objeto discursivo; 2º - Passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e 3º - Processo discursivo.

Inicialmente, realizou-se a transcrição das falas dos sujeitos entrevistados, a partir da reprodução em formato MP3, buscando resguardar todas as pausas, rupturas e os equívocos linguísticos identificados nos discursos, tendo sido esta etapa de minuciosa atenção e de fundamental importância para o seguimento de toda a análise.

A partir daí, o corpus do estudo foi constituído e a busca pela construção da materialidade linguística desenvolveu-se através da inserção de símbolos no corpus, marcadores textuais, passo denominado de dessuperficialização do corpus discursivo, que tem como intuito a apreensão dos mecanismos de produção de sentido (GOMES, 2007). Entende-se que o material linguístico envolve os elementos lexicais que constituem a subjetividade linguística do discurso (SAFARTI, 2010).

Conforme Gomes (2006), a simbologia proposta para a dessuperficialização do corpus discursivo e utilizada nesse estudo foi:

1. (itálico): Comentários do pesquisador esclarecendo o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem motivações que levaram os participantes a falarem, entre outras coisas.

2. ... Incompletude do pensamento.

4. < Interrupção da fala de um sujeito pelo pesquisador.

5. (INAUDÍVEL) A fala não pode ser transcrita, pois é inaudível.

6. SUBLINHADO Quando ocorrem falas simultâneas.

7. / Pausa breve na fala do sujeito.

8. // Pausa longa na fala do sujeito.

9. \_ Início da enunciação.

10. \* Inconclusão do dizer.

11. Negrito - ênfase no dizer.

Após a dessuperficialização do corpus e de exaustivas leituras, acredito que superamos a superfície linguística e fomos ao encontro do objeto discursivo.

A fim de explicitar os sentidos que envolvem o objeto discursivo, conseqüentemente, as formações discursivas, utilizamos os seguintes dispositivos analíticos da AD que propiciaram a análise interpretativa dos significados. Nesse sentido, a segunda etapa torna-se “crucial no processo de instigar o analista de discurso a se questionar acerca da origem comum das diversas formações discursivas observadas em seu corpus” (GOMES, 2007, p. 560). Dentre os dispositivos que foram abordados nesse estudo e que possibilitaram a pronúncia dos sentidos dos discursos citamos:

- A paráfrase ou os processos parafrásticos que representam aquele dizer que se mantém, a memória, o dizível, ou seja, diversas formulações para o mesmo dizer. Já a polissemia remete ao deslocamento, a ruptura dos processos de significação, trazendo dizeres

diferentes. Entre esses dois dispositivos, os movimentos tensionais entre o mesmo e o diferente são necessários para a manutenção do discurso (ORLANDI, 2005).

Nesse sentido, embora os discursos sejam sustentados pelos processos parafrásticos, em alguns momentos, se consegue realizar uma ruptura e experimentar um sentido novo no dito cotidiano, sendo nesse jogo que os sujeitos e os sentidos se movimentam, fazem seus percursos e (se) significam (GOMES, 2006).

Sendo a paráfrase considerada a matriz de sentido, sobretudo em sua tensão com a polissemia, a ele também se liga outro processo discursivo definido como interdiscurso, constituindo-se como a memória do dizer. Através dessa memória, os sentidos são construídos, dando a impressão de que a pessoa sabe do que está falando e de que esse dizer possui origem exclusiva em seu pensar (GOMES, 2006).

- A polissemia externa os múltiplos sentidos produzidos pelo sujeito, o diferente do já dito. Expressa uma ruptura na continuidade discursiva e onde se tem a escassez do discurso e, a partir desta, novos sentidos são produzidos. Este dispositivo, por sua vez, evidencia para uma mesma palavra, por exemplo, sentidos diferentes quando ela situa-se em formações discursivas distintas.

- A metáfora, que se configura como a tomada de uma palavra por outra, ocorrendo através de um mecanismo de transferência que estabelece o modo como às palavras significam. Pauta-se, assim, na concepção de que uma palavra não tem um sentido que lhe é próprio, de forma que elementos significantes passam a se confrontar, revestindo-se de um sentido que não poderia ser predeterminado por propriedades da língua (GOMES, 2006; ORLANDI, 2007).

- No interdiscurso, o sujeito elabora o seu dizer remetendo-o a outros discursos em função da sua aproximação com os mesmos e das suas posições ideológicas; esta condição resulta também da posição que o sujeito ocupa no contexto discursivo, “[...] é o que chamamos memória discursiva: o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível” (GOMES, 2006, p. 623). No interdiscurso, o dizer também é retomado, mas em uma relação de esquecimento que insiste em dizer algo que já foi dito, mas que tem status de “novo” para o sujeito sendo uma forma de ser original (ORLANDI, 2005).

Considerando também a importância das rupturas silenciosas do discurso, pode-se distinguir dois tipos de silêncio, sendo estes o silêncio fundador e a política do silêncio. O silêncio fundador é a garantia do movimento dos sentidos, pois ele é o princípio de toda significação, ou seja, ele torna-se a própria condição de produção de linguagem, e

consequentemente, do processo de produção de sentidos. (ORLANDI, 2002, p. 70-71) Na política do silêncio, surge a relação do dito/não dito revelando a dicotomia entre o que pode ser e o que não pode ser dito, desdobrando-se em duas formas de existência: o silêncio constitutivo e o local. O primeiro indica que para dizer é preciso não dizer, ou seja, se dizendo "x" para não dizer "y", de forma que todo dizer apaga necessariamente outras palavras, produzindo um silêncio sobre os sentidos. O silêncio local apresenta-se como interdição do dizer, coibindo e proibindo o que se diz, determinando aquilo que é proibido dizer em uma certa conjuntura (ORLANDI, 2005; 2008).

Ao realizar a identificação dos dispositivos analíticos encontramos as possíveis formações discursivas que sustentam o dizer dos sujeitos. A partir daí, adentramos na terceira etapa do processo da análise do discurso que se constitui com a análise dos processos discursivos definidos como um conjunto de enunciados na medida em que se apoiam em uma mesma formação discursiva. Há um processo de delineamento das formações discursivas pela sua relação com a ideologia, o que permite compreender como se constituem o sentido desse dizer (FOUCAULT, 2005).

Nesse estudo, tendo como objeto o discurso dos enfermeiros e o dos pacientes, desvelamos duas formações discursivas que sustentam o dizer dos profissionais sendo estas denominadas como “Testagem, aprendizagem, enfermagem: a modelagem do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS” e “Deslizando sobre a escuta, a empatia e a aceitação: em busca da centralidade no sujeito” e duas formações discursivas que emergiram do discurso dos pacientes “A dúvida como o movimento do sujeito e as suas circularidades no aconselhamento em HIV/AIDS” e “A demanda do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS: o alívio endereçado ao enfermeiro”.

Ressalta-se que todas as formações discursivas estão interligadas entre si por meio de uma formação ideológica. A partir dessa consideração, constata-se que a análise do discurso interpela o sujeito que pronuncia dizeres inseridos em uma ou mais formações discursivas, porém pertencentes a uma formação ideológica (CASAGRANDE, 2011).

Desta forma, a análise do discurso possibilita o desvelar de uma ideologia que se consolida de forma complexa por não estar deliberadamente exposta nos dizeres do sujeito, e sim opaca nas entrelinhas. Devemos, portanto, ultrapassar o dito do discurso a fim de compreender a ideologia como pano de fundo, visando, assim, a formulação e o funcionamento do discurso do sujeito (ORLANDI, 2008).

Ainda nessa etapa, podemos identificar as formações imaginárias, que são constituídas pelas relações de força, de sentidos e pelo mecanismo de antecipação, que

englobam a base das condições de produção do discurso e que de alguma forma permite o sujeito modelar seu discurso a partir da posição que ocupa, do contexto em que está inserido, autorizando-se a sustentar alguns dizeres e excluir outros (GOMES, 2006).

No próximo capítulo, trataremos as condições de produção dos discursos que envolvem o aconselhamento em HIV/AIDS assim como os sujeitos que compõem essa prática: os enfermeiros e pacientes.

Ao apontar a Análise do Discurso como proposta metodológica utilizada nesse estudo, buscamos superar a superficialidade da linguagem, considerando a articulação da exterioridade com o discurso proferido pelo sujeito, a fim de compreender os processos discursivos e os sentidos produzidos por eles.

## **5 O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS E OS SEUS CENÁRIOS**

Michel Pêcheux (1938-1983), a partir de sua atuação política marxista, propôs um novo campo de investigação, na perspectiva de integrar a análise das condições de possibilidades do discurso aos processos discursivos, adotando um novo objeto: o discurso, que opera na articulação entre o linguístico e o histórico (SARFATI, 2010).

Nesse contexto, podendo ser classificadas como estritas (contexto imediato) ou amplas (contexto sócio histórico), as condições de produção do discurso buscam a exterioridade imediata e histórica que se mistura com o enunciado produzido que conduz a sua materialidade linguística às formações discursivas na busca por transpor a opacidade do texto (ORLANDI, 2007).

Logo, as condições de produção do discurso têm como base constituinte as formações imaginárias, constituindo-se pelas relações de sentido, relações de força e antecipação, que em função da organização mental que estimula o dito, permite a construção do que não pode ou não deve ser dito em determinado contexto de enunciação (GOMES, 2006).

As relações de sentido se constituem nas referências e nas inter-relações que os discursos estabelecem entre si, de forma que um discurso não tem origem em si mesmo, mas é uma resposta a algum discurso anterior, remetendo o curso das enunciações para formações discursivas posteriores. Ao se abordar a noção de relações de força, considera-se que o lugar a partir do qual o sujeito fala é constitutivo do que ele diz. Tais relações ganham importância em virtude da hierarquização presente na sociedade, o que faz com que elas se enraízem no poder social desses diferentes lugares, determinando o que pode ser dito, como pode ser dito e a quem pode ser dito determinada coisa. Quanto ao mecanismo de antecipação, este implica que o enunciador experimente, mesmo que parcialmente, o lugar de ouvinte, a partir do seu próprio lugar de enunciador (GOMES, 2006).

Após essas considerações, ressaltamos que o conhecimento das condições de discurso que favorecem a circularidade discursiva são fundamentais para a compreensão de suas disposições discursivas assim como sua base ideológica, onde torna-se necessário compreender de que lugar fala esse enfermeiro e esse sujeito que vivenciam o aconselhamento em HIV/Aids e quais componentes políticos-históricos sustentam essa prática. Ressaltamos a importância de retratarmos os cenários onde o estudo foi realizado, trazendo assim o contexto

imediatos desses sujeitos, embora adiante o imediato apareça mesclado com o contexto histórico.

## 5. 1 O ACONSELHAMENTO E AS SUAS CONDIÇÕES POLÍTICAS-HISTÓRICAS

O aconselhamento em saúde tem sido empregado mundialmente tanto para a mudança de comportamento e de hábitos individuais, como para o apoio emocional e para a ajuda na adesão a tratamentos e condutas terapêuticas, e está presente, dentro das mais variadas temáticas: tabagismo, alcoolismo, nutrição, prevenção primária e secundária de Aids, entre outros (PUPO, 2007).

Assim, é um processo, preocupado com o fornecimento de elementos para que o indivíduo possa mudar atitudes, comportamentos ou a percepção de uma dada situação problemática. Já desde sua origem foi baseado em um modelo de orientação mais diretiva e associa processos educativos e cognitivos com afetivos e emocionais (SCHEEFER, 1976).

Inicialmente, o aconselhamento é caracterizado de forma geral por ser uma prática mais de apoio, reeducativa (não reconstrutiva) e preventiva, voltada mais para a solução de problemas e dificuldades bem específicas, e para tomada de decisões. Está focada principalmente em uma abordagem mais diretiva objetivando construir um ambiente e uma relação voltada para o apoio, análise, compreensão e solução de problemas específicos; ajuda no processo de tomada de decisões e promoção de crescimento pessoal e autoconhecimento.

Apesar de existir uma variedade significativa de propostas de aconselhamento pautadas em diferentes orientações teóricas, tendo em foco o aconselhamento em HIV/Aids, esse, normalmente, faz uso de diferentes abordagens tais como: informações, esclarecimentos, interpretações, encorajamento, ensino de habilidades específicas, reforço e condicionamento, além de técnicas que ajudem a expressão emocional dentro de um ambiente mais seguro e propício.

Neste contexto, mantendo-se o foco na transmissão de informações e modelagem de comportamentos, Traverso-Yépez (2008, p. 69) esclarece que o setor da saúde tende a funcionar com igual lógica de mercado que o setor de produção, pois ao associar 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”, reduzindo assim a saúde a um tipo de mercadoria.

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/Aids são sugestivas da postura mecânica e reprodutora esperadas desse profissional. De acordo com os manuais (BRASIL, 1999), 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).

Porém, o aconselhamento surge como uma proposta de novos olhares sobre a Aids, chegando ao Brasil, em 1985, quando centenas de casos de Aids já tinham sido detectados no País e o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira.

Nesse contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço no reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. Assim, a sucessão dos acontecimentos e a pressão exercida pelos grupos que trabalhavam para o controle da doença juntamente com o aumento do número de casos, a falta de perspectiva de vida das pessoas doentes e as consequências sociais e econômicas que estes fatores poderiam gerar em um futuro próximo fizeram com que as discussões se prolongassem até que a Portaria nº 236, do Ministério da Saúde, de 2 de maio de 1985, estabelecesse as diretrizes para um programa de controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, sob a Coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.

É este ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à Aids, tanto no plano da atenção à saúde como na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV e Aids.

Seguidamente desse período, o Movimento da Reforma Sanitária cresceu diante do intenso processo de redemocratização político e do surgimento dos primeiros casos de Aids, constituindo-se no principal arcabouço da política de Aids desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes.

Em 1985, já com programas organizados em alguns estados brasileiros, o Ministério da Saúde assume a organização institucional das atividades de controle e

prevenção da Aids e, em 1988, o Programa Nacional de DST/Aids é oficialmente criado (MS, 1998).

Em 1988, na mesma época da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e da criação do Programa Nacional de DST/Aids, o aconselhamento surge como estratégia e política pública que começou a ser implantado no Brasil, quando foi criado Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Inicialmente esses serviços vieram responder a várias necessidades, tais como: identificar o mais precocemente os parceiros das pessoas infectadas; propiciar um espaço para acessar precocemente os parceiros das pessoas infectadas (para quebra da cadeia epidemiológica); disseminar informações corretas e verdadeiras com relação à infecção; discutir e promover a adoção de práticas e atitudes mais seguras pela população; promover encaminhamento adequado às demandas dos soropositivos; dar suporte emocional aos pacientes soropositivos, para estes saberem como lidar com sua nova condição e com o tratamento. Por este motivo, os Centros de Orientação e Apoio Sorológicos (COAS) posteriormente chamados de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), facilitavam o acesso à testagem anti-HIV de forma sigilosa e orientada.

Com o objetivo de sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do MS foi instituída em 1999 a Política Nacional de DST/Aids. As ações dessa Política têm como base os fundamentos do SUS e comporta como desafios: redução da incidência da Aids, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV/Aids; e a priorização das ações voltadas para as DST no País.

Nessa época a prevenção passa a ser focada essencialmente no desenvolvimento e implantação de modelos de prevenção voltados às características socioculturais de cada segmento populacional (a partir de sua vulnerabilidade) e na articulação intersetorial para o desenvolvimento destas ações.

Sendo o aconselhamento considerado uma das principais estratégias de prevenção para o HIV, em 1997 é publicado o Manual “Aconselhamento em DST/HIV/Aids: diretrizes e procedimentos básicos” com o intuito de promover essa prática e oferecer um arcabouço teórico, baseado, principalmente na abordagem centrada na pessoa (abordagem rogeriana), que auxiliasse os profissionais no exercício das atividades propostas por essa estratégia. Esse instrumento é o principal manual de consulta sobre o tema no Brasil até os dias de hoje (MS, 1997).

Apesar disso, o manual publicado em 1997 sobre aconselhamento em DST/Aids não discute como este novo quadro referencial de análise, que trabalha na perspectiva dos direitos humanos, da avaliação da dimensão sócio estrutural e da emancipação psicossocial poderia ser utilizado na prática do aconselhamento individual e em que sentido poderia qualificar, alterar e ampliar esta prática.

## 5.2 O ENFERMEIRO E O PACIENTE: OS SUJEITOS NO CENÁRIO DO ACONSELHAMENTO

Situando, inicialmente, o enfermeiro nesse cenário da saúde, destacamos a história da enfermagem como uma profissão que entrelaça-se com o próprio surgimento da clínica.

Interligada diretamente com o nascimento da clínica médica, que no século XVIII, iniciou sua inserção no ambiente de cuidados, sendo apoiada e sustentada pela criação de regras classificatórias que definiam as doenças por suas similaridades, sinais e sintomas comuns, encontrando, então, a essência do mal do corpo (FOUCAULT, 2004), a clínica em enfermagem surge atrelada ao desenvolvimento das intervenções institucionalizadas em saúde mediadas pela medicina, inserindo-a como uma representação do cuidado ao ser humano, configurando-se, assim, como uma prática clínica vinculada a campos de saberes, predominantemente, biologicistas, centrado na doença (OLIVEIRA et all, 2009).

Marcada por construções e desconstruções, a enfermagem inicia seu percurso como uma prática desenvolvida por religiosas, sendo interpretado como uma missão das irmãs de caridade, que abrigavam doentes, órfãos, pessoas sem-teto, oferecendo-lhes tratamentos espirituais e cuidando das mazelas do corpo físico.

A desvinculação do cuidado de enfermagem realizado de maneira informal pelas religiosas se deu a partir da institucionalização da doença e, conseqüentemente, a entrada da prática médica intervencionista no ambiente de cuidado, transformando a enfermagem em uma profissão vinculada diretamente ao cuidar biológico e medicalizador. Portanto, a instalação da hegemonia médica pronunciou a desconstrução da imagem de irmã de caridade, empreendendo a enfermagem laica (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

No Brasil, a implantação da enfermagem moderna iniciou-se com o surgimento do modelo sanitarista centralizado, que tinha como finalidade a transformação da saúde em uma questão nacional. Este modelo teve forte influência da estrutura norte americana de atenção à saúde, que baseava-se na formação de enfermeiras pautada na perspectiva biomédica de ensino e assistência, sendo incorporado o tecnicismo como forma de organização de seu

trabalho. Assim, a Enfermagem brasileira não hesitou em copiar modelos de assistência e de ensino (norte-americanos) (KRUSE, 2006).

Na nossa sociedade atual, o conhecimento biomédico continua a assumir a representação de uma espécie de “verdade universal do corpo”, na qual conceitos cartesianos que se encontram na origem do modelo mecanicista do corpo humano representam um princípio de inteligibilidade do mundo proposto por Descartes, segundo o qual o conhecimento deve ser útil, racional, despido de sentimento e capaz de produzir eficácia social (BARROS, 2002; MOLIN, 2009).

Ainda de acordo com a prática biomédica, além da determinação biológica, haveria uma normatização vertical, segundo a qual o profissional de saúde seria detentor da verdade e o paciente visto de forma fragmentada e sem autonomia, sem voz ativa no processo decisório de sua própria propedêutica e terapêutica (BARROS, 2002).

Assim, os enfermeiros, no aconselhamento, são agentes do biopoder, isto é, põem em ato, ao encontro com o usuário, as recomendações do MS de educar, orientar, adotando postura de vigilância de comportamentos, estando em uma modalidade de trabalho em saúde que é de uma ordem não-material (MERHY, 2007).

Trazendo a perspectiva da educação em saúde, no Brasil, a sua história tem seu registro inicial na Educação Sanitarista, no início do século XX, em que a relação homem e meio torna-se circunscrita por **normas** para prevenção das enfermidades. As doenças infecciosas e parasitárias eram centro das atenções, fomentando campanhas repressoras, com íntima dependência de intervenções médicas (GAZINELLE; REIS; MARQUES, 2006).

Nesse contexto, o profissional de saúde, detentor do conhecimento e mantenedor do poder de ensinar, apresenta-se como centro do processo educativo, objetivando arranjos e condicionamentos pessoais na tentativa de garantir a aprendizagem por um programa pré-estabelecido. Aos indivíduos cabe apenas o direito de assimilar as informações transmitidas, pautando-se em práticas tradicionais e comportamentais, mantendo-se em um estado de passividade.

Infere-se o aconselhamento nesse cenário de práticas educativas em que o modelo higienista de saúde e a educação sanitária estão implicados na forma tradicional de educar, cuja a base que subsidia as ações dos profissionais segue um caráter normativo, moldando os sujeitos às condições científicas ideais, desconsiderando outros determinantes da saúde e as individualidades de cada ser (REIS, 2006).

Na década de 1980, a Reforma Sanitária Brasileira despertou mudanças no paradigma da saúde. A educação prescritiva apareceu em outro arranjo, talvez menos

agressivo e normativo, com uma roupagem informativa, norteadada pelo conceito de promoção de saúde.

O referencial que guia a proposta de promoção em saúde é o proposto pela Carta de Ottawa, em que promover saúde implica fornecer condições aos sujeitos de melhorar sua saúde e exercer postura ativa sobre a mesma. Os indivíduos deveriam possuir, além de capacidade física, integridade psíquica e social, obtendo assim qualidade de vida (WHO, 2010).

Porém, essa perspectiva de educação em saúde ainda permanecia direcionada por informações prontas, verticalizadas e destituídas de características socioculturais da população, considerando apenas os saberes científicos como determinantes na saúde dos indivíduos (OLIVEIRA, 2011). Nessas práticas, incluindo, o aconselhamento, a preocupação em transferir conhecimento sem compromisso de modificações e adaptações à realidade dos indivíduos ainda era determinante (FIGUEIRÊDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2010). Esse método pautava-se no Modelo de Educação Tradicional, que sairia das escolas e integraria o campo da saúde.

Assim, tendo a imagem de um educador em saúde, os discursos confirmam pela interdiscursividade que a prática de educação em saúde é algo constituinte e essencial da profissão, porém, profundamente marcadas por práticas prescritivas e modeladoras, proveniente de raízes ideológicas profissionais e sociais em referência ao paciente que busca o aconselhamento e é mantido em uma posição de passividade.

A partir, dessas considerações acreditamos que a análise dos discursos é permeada pelo conhecimento do contexto histórico e político que envolvem a prática do aconselhamento, assim como a ligação entre a enfermagem e o paciente inseridos no cenário da saúde.

### 5.3 OS SAES EM HIV/AIDS: OS CENÁRIOS E SEUS ENTREMEIOS

Com o intuito de apresentar algumas condições de produção do discurso estritas, ou seja, ligadas ao contexto imediato, dissertaremos sobre os cenários escolhidos como campo para esse estudo.

O cenário A é uma instituição que no início dos anos 80 soube acolher o público portador do vírus HIV e por muitos anos foi se consolidando como a única unidade de saúde a atender pacientes soropositivos para o HIV aqui no Ceará. A política de humanização implantada, o desenvolvimento tecnológico e o preparo dos profissionais tornaram essa

unidade de excelente padrão, de reconhecimento nacional, englobando um âmbito que atua como hospital-escola, favorecendo o crescimento de profissionais e estudantes que vivenciam o dia-a-dia nessa instituição.

Identificamos o local como o que possuía o maior número de enfermeiras, ao total cinco, atuando no ambulatório de HIV/Aids no município de Fortaleza, além de ser o único serviço que possuía hospital-dia. Dentre essas profissionais, encontramos duas que eram terceirizadas, que afirmaram a falta de preparação e treinamento para a realização do aconselhamento devido as frequentes mudanças de posições na mesma instituição.

O cenário B funciona em um centro de saúde, porém devido a ampliação do local, o SAE está funcionando em um anexo que fica próximo ao posto. Percebeu-se uma área ampla, porém com salas improvisadas, não havendo uma sala restrita para os aconselhamentos, assim como uma sala de reunião que também era utilizada para realização dos atendimentos em grupo. Nesse serviço, era realizado tanto o aconselhamento pré e pós-teste como também a consulta de enfermagem. O serviço contava com a atuação de duas enfermeiras, que mostraram-se um pouco insatisfeitas, pois segundo elas a demanda havia sido reduzida consideravelmente e a estrutura, como ainda não estava pronta, causava transtornos relacionados a organização e a própria privacidade do paciente.

O cenário C é uma unidade distrital hospital que além do SAE em HIV, oferece serviços de emergência a diversas especialidades. As enfermeiras responsáveis pelo aconselhamento, somava duas, porém uma encontrava-se de licença médica, o que implicou na sobrecarga de trabalho da outra enfermeira. Porém, essa referiu está conseguindo atuar de forma organizada, juntamente com outras profissionais de saúde que fazem parte do SAE.

O cenário D também é uma unidade distrital hospitalar, que oferece atendimento de emergência nas áreas de clínica médica, pediatria e obstetrícia. Também oferece ambulatório especializado, além do HIV/Aids, nas áreas de cardiologia, dermatologia, neurologia, nefrologia, ginecologia, oferecendo uma ampla estrutura para o atendimento desses pacientes. No SAE em HIV/Aids, havia duas enfermeiras que atuavam, respectivamente, nas atividades de aconselhamento e consulta de enfermagem. A enfermeira que atuava no aconselhamento considera o local bastante acolhedor, porém devido ao número reduzido de funcionários, ela não consegue oferecer um atendimento “demorado”.

O cenário E é um centro de especialidades médicas que possui um Serviço Ambulatorial Especializado em HIV e Aids (SAE), que atende hoje cerca de 1.200 pessoas que vivem com o vírus HIV. Essa instituição oferece um serviço integrado que vai desde o aconselhamento do usuário antes da realização do teste de HIV, passando, no caso de um

resultado positivo no exame, pela consulta com um médico, até a entrega dos medicamentos para o tratamento da Aids. As duas enfermeiras responsáveis pelo aconselhamento referem que ao chegar à unidade em busca do teste de HIV, por demanda espontânea ou encaminhado de algum dos Centros de Saúde da Família do Município, o paciente passa, em primeiro lugar, pelo aconselhamento de uma psicóloga, uma enfermeira ou uma assistente social – uma das dez profissionais de saúde que formam a equipe multiprofissional do SAE. Nesse momento, ele recebe informações sobre a Aids, para tentar “quebrar preconceitos” em relação à doença e às pessoas que vivem com ela e para minimizar o impacto de um possível resultado positivo do teste. Após o exame, no caso de um resultado positivo, o paciente recebe novo aconselhamento.

Essa instituição está funcionando em outra localidade devido a uma reforma em seu prédio anterior. Frente a essa situação, as enfermeiras relataram que o funcionamento da instituição ficou um pouco prejudicado, já as salas agora eram improvisadas assim como toda a estrutura do serviço.

O cenário F funciona em um centro de saúde que realiza os testes aproximadamente de 400 exames mensais. As análises detectam, por mês, uma média de 20 pessoas. O serviço de aconselhamento é realizado por duas enfermeiras juntamente outras profissionais e beneficia a sociedade com atendimentos de aconselhamento pré-teste e pós-teste, que segundo as enfermeiras oferecem apoio emocional e tiram dúvidas sobre todas as questões ligadas às doenças. As enfermeiras desse serviço são terceirizadas e relatam que estão há dois anos no serviço, porém ao entraram na instituição de paraquedas, não havendo, inicialmente, nenhuma implicação delas com o serviço. Elas relatam que também nunca tiveram um treinamento específico para o aconselhamento, atuando, assim, através da condução de outras profissionais.

Nas seis instituições estudadas, identificou-se que a maioria das enfermeiras não haviam realizado nenhum treinamento ou curso específico para atuar no aconselhamento em HIV/Aids. Assim, para realização dessa prática no SAE, as enfermeiras percebiam a necessidade de pautar-se em uma fundamentação teórica que norteasse suas ações. Através dos discursos, foi possível constatar que o manual técnico elaborado pelo Ministério da Saúde para ser utilizado nos centros de testagem e aconselhamento em Aids representa a principal fundamentação teórica, que sustenta-se em proposições da teoria centrada na pessoa de Carl Rogers, que possibilitou que o aconselhamento tomasse dimensões clínicas mais acentuadas, capazes de nortear as ações dos profissionais que atuavam neste âmbito.

Em relação a política de terceirização, identificamos um não compromisso do Estado com a manutenção do funcionário, elegendo uma política de desvalorização do funcionário, ao direcioná-lo a espaços que estão vazios, porém ao surgir outro enfermeiro que obtenha um nível maior, esse profissional é redirecionado para outra unidade, outra função, não havendo, assim, a possibilidade de uma maior implicação do sujeito na sua atual atividade, no caso, o aconselhamento. Assim, essa profissional não tem a oportunidade de identificar, explicitar, problematizar, ajustar suas próprias ideias, sentimentos, valores sobre os temas em foco no aconselhamento, não ganhando destaca a sua própria subjetividade.

## 6 A MOVIMENTAÇÃO DE SENTIDOS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: ANÁLISE E TRAJETOS DISCURSIVOS

Nesse capítulo apresentaremos as formações discursivas desse estudo referentes aos discursos dos profissionais e dos usuários, ou seja, os núcleos de sentidos e suas convergências, a fim de irmos ao encontro da formação ideológica que ancora as formações que emergiram desta análise. .

Mencionamos, inicialmente, as formações discursivas alusivas aos dizeres dos enfermeiros que atuam no aconselhamento em HIV/Aids, como também a formação ideológica que sustenta esses discursos. Em seguida, foi apresentada as formações discursivas referentes as enunciações dos usuários, assim como também a ideologia que ampara esses dizeres.

### 6.1 O TRAJETO DISCURSIVO DOS PROFISSIONAIS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/ AIDS: ENTRE A DISCIPLINA E O HUMANISMO

#### 6.1.1 Formação discursiva – Testagem, aprendizagem, enfermagem: a modelagem do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS

*“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”*

*Paulo Freire*

Essa formação discursiva converge para a imagem do aconselhamento em HIV/AIDS (AC) como uma ação voltada ao esclarecimento, a transmissão de conhecimento e orientação, a fim de adequar e regular os comportamentos do sujeito. Nesse contexto, a nomeação dessa formação se deu a partir da sonoridade que envolve os principais componentes nesse cenário assim como o trajeto percorrido pelo sujeito no aconselhamento, iniciando-se pela procura do sujeito à **testagem** sorológica para o HIV, no qual a **aprendizagem** de comportamentos torna-se um dos objetivos da **enfermagem**, a fim de buscar a **modelagem** destes em nome da ciência.

Portanto, sustentando-se em ideais disciplinadores que visam investigar como as técnicas trabalham sobre os corpos, isto é, como elas se organizam para o controle das disposições dos hábitos e dos movimentos do corpo (FOUCAULT, 2006), o aconselhamento em HIV/AIDS nessa formação discursiva adquire a face, predominantemente, informativa que

visa suprir todas as dúvidas e os questionamentos advindos do sujeito através da prescrição sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar, de morar, as condições de vida e todo o espaço da existência., adquirindo uma natureza que tende a qualificar, medir, avaliar, hierarquizar e operar em torno da norma.

Assim, vislumbramos um discurso disciplinador que enforma o sujeito nas medidas propostas pelo enfermeiro, funcionando de forma altamente individualizada na medida em que isola, focaliza e assujeita cada indivíduo aos mesmos procedimentos normalizadores (FAIRCLOUGH, 2001). Aproximando-se do discurso pedagógico apresentado por Orlandi (2003, p. 85) visto como um discurso que aparece como transmissor de informações e com “o estatuto de cientificidade”, ou seja, àquele que garante a verdade através do conhecimento científico, percebemos na essência dos dois discursos a ocupação do lugar do suposto saber por aquele que está do lado da ciência, no caso, o enfermeiro.

Desvelando essa formação discursiva, evidencia-se formulações parafrásticas nas entrevistas analisadas que remetem ao cerne do AC nesse núcleo, o apoio educativo, focando no conhecimento e esclarecimento, assumindo, assim, o enfermeiro o papel de detentor da ciência, do saber e do poder.

[...] “antes da gente realizar o teste, a gente faz a orientação, **explica** o porquê que ele tá fazendo aquilo / como se dá o teste, **explica** a questão da janela imunológica[...] **esclarece** o tratamento [...]vai ajudar a tirar as dúvidas dos pacientes” (ENF 1).

[...] “a gente já faz a **orientação** e **esclarece** [...] **explico** um pouco como é que vai ser feito o teste, **explica** se o resultado for positivo como é que vai ser mostrado, [...] **explica** que tem uma linha controle [...] **Esclarece** pro paciente que existe um acompanhado[...]

[...] “**explicando** o que nós vamos fazer e **tirando todas as dúvidas** [...] **explicando** que ele irá fazer o teste de HIV [...] **orientando** sobre a medicação que pode ser tomada para o tratamento [...] **explicando** sobre o serviço, sobre a doença, a progressão da doença, a história e o tratamento” (ENF 6).

[...] “O aconselhamento é [...] **informar** [...]eu vou **explicar** um pouco sobre a doença/ **explicar** um pouco sobre o HIV [...]e **explicar o que tiver que ser explicado** (ENF 9).

[...] “seja **esclarecendo** para ele o que é a Aids, como é o tratamento. Acho que esse é o pilar do aconselhamento/ é apoiar e **esclarecer** tudo o que o paciente quiser saber sobre a doença dele [...] tentar **melhorar o conhecimento dele**[...]” (ENF 14).

Foucault (2006, p.27) afirma que poder e saber estão diretamente implicados e "não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder".

Assim, trazendo essa perspectiva da relação saber e poder, Pires (2005) toma o caso da saúde como exemplo: como duvidar do médico que, além de deter o conhecimento sobre o meu corpo e minha doença, promove o bem da minha saúde a partir do seu saber? Porém, Figueiredo (2007) alerta que quando o poder e o domínio tendem a predominar nas ações do cuidar, tomando o aconselhamento, neste sentido, como uma forma de cuidado, o sujeito tende a uma profunda ambivalência, sentindo-se ao mesmo tempo cuidado, mas também impotente, aprisionado, tendo em vista que este não poderá ser atravessado pelos movimentos criativos, ou então vai incorporá-los sem assimilação genuína.

Metaforicamente, o trecho a seguir transparece essa relação de poder que sustenta a posição ocupada pelo profissional no momento do AC, quando identificamos que ele “toma a fala”, nos revelando que o aconselhamento também tende-se ao uso do saber dos profissionais na busca progressiva pelo ser disciplinado através de normas, procedimentos e rotinas para lidar com o HIV e as DSTs.

[...] “Então o profissional é que toma é... que é a entrada, que **toma a fala**/ que vai explicar tudo sobre o HIV/ e depois o usuário fala o que entendeu [...] (ENF 2).

Convém pontuarmos que a fala, as palavras são consideradas uma forma de exposição de algo que diz respeito ao sujeito, à sua subjetividade. Porém, o profissional ao proferir que “toma a fala”, ele, de certa maneira, impede que algo maior possa surgir no momento do AC, algo que revele quem é aquele sujeito, quais suas questões. Assim, em nome da ordem e da disciplina, ele opta por “tomar” o sujeito e seguir pela zona informativa do AC.

Em síntese, notamos que no AC é instaurado uma relação assimétrica e passiva associada à construção de autoridade e competência explícita atribuída ao aconselhador enquanto detentor do saber e do usuário ocupando uma posição de receptor da informação.

Salientamos as formulações parafrásticas “esclarecer”, “explicar” e “orientar” que emergiram do discurso de todos os profissionais entrevistados, revelando a forte imagem que o aconselhamento reproduz como aquele pautado no repasse de informações sobre o HIV e as doenças sexualmente transmissíveis. Nesse contexto, o AC torna-se um ambiente propício para o desenvolvimento cognitivo do sujeito que busca o AC.

Assim, parece-nos que a explicação e o esclarecimento no aconselhamento dá conta nesse momento de algo fundamental no AC que é o apoio cognitivo, pois ao esclarecer, o enfermeiro clareia uma zona que, muitas vezes, estava obscura e tamponada pela desconhecimento e desinformação, estando o sujeito vazio, sendo assim esse preparado e

preenchido, tornando-se consciente de algo que possa lhe acometer, na situação o HIV, caso ele não siga o que é ditado pelo profissional.

Ratificando ainda esse discurso disciplinador, a formulação parafrástica “tirar dúvida” é sustentada na maioria dos discursos das profissionais, sendo apresentada como a principal questão ou demanda do sujeito. Ressaltamos que “dúvida” surge como algo pertencente também a ordem cognitiva do AC, no sentido de que algo precisa ser esclarecido, explicado, pois a informação ainda não existe ou é falha, e o profissional ocupa o papel de educador em saúde.

“[...] eles trazem muitas **dúvidas** / sobre “será que o que eu fiz é capaz de... eu posso ter pegue o HIV, ou alguma DST dessa forma”, [...] Eles tem muita **dúvida** em relação a transmissão né, e em relação a outras DSTs/ então a gente tem que **tirar essas dúvidas** dele [...]” (ENF 1).

“[...] então a maior **dúvida** do paciente hoje no aconselhamento é com relação a janela. A janela imunologia hoje é algo que ainda causa **dúvida** entre eles/ é uma das questões que a a gente sempre **tira dúvidas** dos paciente [...]” (ENF 7).

“[...] poder **tirar as dúvidas** né e expor um pouco da situação da doença, mas o principal **dúvida** deles em grupo é transmissão, modo de transmissão, é a prevenção, a camisinha , [...] que é uma doença sexualmente transmissível, isso ai já é batido a gente fala porque tem que orientar, mas eles já tem conhecimento, a maior **dúvida** deles é essa [...]” (ENF 12).

Tais enunciações nos fazem pontuar sobre as circularidades em torno da “dúvida”. Considerando que a dúvida nos leva a pensar, a nos questionar, ou seja, ela proporciona um movimento do sujeito em busca de uma resposta, visualizamos que ao propor-se a “tirar as dúvidas” do sujeito, o profissional tende a instaurar uma certeza, um caminho que julga-se como correto, a fim de tamponar esse vazio que a dúvida ocasiona ao sujeito.

Após explicitarmos as principais ações que circundam o AC (explicar, orientar, tirar dúvida, esclarecer), a paráfrase “ensinar” surge enfatizando a semelhança da relação aluno/professor com a paciente/enfermeiro representada pela orientação e a explicação, como também forma de conscientização do sujeito através do ensino.

“[...]Temos que **ensinar** [...] para que o paciente possa adquirir conhecimento para que ele se veja como sujeito do seu diagnóstico, do seu tratamento [...]” (ENF 7).

“[...] A gente **ensina** como usar a camisinha [...] para que ele possa ter responsabilidade e se conscientizar [...]” (ENF 9).

Percebemos que nesses dizeres, as profissionais revelam o que esperam do seu processo de ensino, o que elas exigem como resultado, no caso, a responsabilidade e a conscientização, pois agora o sujeito não está mais vazio de conhecimento, ele agora possui todas as ferramentas científicas para tornar-se sujeito (antes ele não era considerado um sujeito?) do seu caminhar terapêutico.

Nesse cenário, pontuamos a ação de ensinar o uso da camisinha a partir de ações reforçadoras no ambiente, referente a teoria comportamentalista de Skinner, tendo como uma ação a explicação sobre a transmissão de doenças pelo sexo sem camisinha, por exemplo, objetivando a mudança de comportamentos, a fim de apreender novas atitudes e extinguindo os comportamentos “defeituosos”, o comportamento humano pode ser modelado a partir da alteração no ambiente (SCHEEFFER, 1983).

Realizando uma aproximação desse contexto com a “inculcação”, termo utilizado por Orlandi (2009, p.17) que sugere que “mais do que informar, explicar, influenciar ou mesmo persuadir, ensinar aparece como inculcar, percebemos que enquanto estiver ocupando a posição de aluno, ou no caso paciente, o sujeito terá alguém para solucionar seus problemas, já que ele ainda “não sabe o que verdadeiramente lhe interessa”.

Refletindo esse pensamento no aconselhamento (AC) em HIV/AIDS, visualizamos uma pedagogização em que o sistema de saúde atribui a posse do conhecimento científico ao enfermeiro, que apropria-se deste conhecimento, tornando-se detentor da ciência. Como o enfermeiro, na instituição, é autoridade convenientemente titulada, e como ele se apropria de algo científico, dizer e saber se equivalem. O enfermeiro é institucional e idealmente aquele que possui o saber e está realizando o AC para ensinar práticas de saúde, o paciente é aquele que não sabe e está ali para aprender. Assim, o que o enfermeiro diz se converte em conhecimento, o que autoriza o aluno, a partir da sua relação com o enfermeiro, na dominação do objeto do saber.

A partir dessa conjuntura pedagógica, o enfermeiro desponta como disciplinador, um educador em saúde, como identificado em um dizer de uma profissional que explicita essa posição de educador/ professor em saúde ocupada pelo enfermeiro, expondo que é uma característica inata a todos os profissionais que de alguma forma desenvolvem um cuidado em prol da melhora do conhecimento do sujeito.

“[...]sendo o enfermeiro, um profissional de saúde, um **educador em saúde** nato/ que precisa ter em mente que a todo momento ele tem um trabalho educativo naquele momento/[...] tirando realmente todas as dúvidas dele, orientando [...] a fim de uma melhora na sua qualidade de vida [...]” (ENF6).

Nesse trecho, a ENF6 revela que atua como educadora “tirando realmente todas as dúvidas dele”, porém corroborando a reflexão de Freire a dúvida é uma via que possibilita a busca de mais e mais, sendo uma forma de provocar a capacidade do ser humano, e sendo provocado mais ele busca melhorias (CARNEIRO, 2013). Assim, ao tamponar as dúvidas, trazendo de modo geral as respostas prontas e absolutas, o enfermeiro tira do usuário a oportunidade de buscar mais conhecimento, posto que é mais cômodo esse tipo de ensino, minimizando a possibilidade do usuário de criar, de provocar a sua capacidade crítica, por não fomentar o diálogo (FREIRE, FAUNDEZ, 1985).

Salienta-se, assim, a enunciação de um aconselhamento de caráter centrado na profissional, sendo ele quem responde, resolve, transmite, reproduzindo o modelo educativo centrado no professor detentor de poder e saber, não abrindo-se para o papel de provocar no sujeito a sua demanda.

Portanto, ao intitula-se como educador em saúde, o enfermeiro traça como meta o aprimoramento cognitivo do sujeito. E na sua maioria, o profissional deixa claro a imagem já construída do sujeito que o procura, ou seja, aquele que “não sabe de nada” e o resultado esperado do seu ensino, que seria o sujeito sair do aconselhamento “andando com as próprias pernas”.

“[...] A gente ensina como usar a camisinha [...] para que ele sai daqui aprendendo a se prevenir para evitar pegar as DSTs [...] **andando com as próprias pernas** [...] (ENF 9).

“[...] às vezes, coitado, chega aqui assustado, **não sabe de nada**, o que é Aids, o que é antirretroviral, totalmente perdido [...] (ENF 11).

Essas proposições nos remetem a uma imagem de infantilização do sujeito através da inculcação, no sentido que ao ser nomeado como um sujeito que “não sabe de nada”, pois nunca foi apresentado às terminologias e descrições clínicas, não sabendo, assim, expressar-se sobre tal assunto, o sujeito encontra no profissional alguém que apresentará dispositivos que possam solucionar seus problemas, já que ele ainda não está “andando com as próprias pernas”, não sabendo, deste modo, o que verdadeiramente lhe movimenta.

Porém, algumas enfermeiras salientam interdiscursivamente que para alcançar o que almejam, no caso a apropriação do conhecimento ditado, há uma necessidade de uma adequação de condutas e vocabulário, pois o paciente poderá apresentar limitações de diferentes âmbitos, associadas a nível cultural, socioeconômico e até cognitivo, o que remete que o profissional encontra-se em um nível diferenciado do nível do paciente. Desta forma,

para atingir o mesmo nível do paciente e proporcionar o seu entendimento acerca das informações e orientações repassadas, torna-se necessário que o profissional trace estratégias de superação das limitações identificadas, como a seguir:

“[...]as vezes, você tem que ter um algo mais nesse momento com esse paciente [...] essa questão de você ter também **uma linguagem mais informal/ um linguajar no nível do paciente/** se ele é uma pessoa de baixa condição socioeconômico [...] tem que se preocupar se o paciente realmente entendeu o que você disse sobre o teste/ sobre o HIV, porque se não, para que ensinar como ele pode mudar os hábitos dele se ele não entendeu né? [...] (ENF 6).

“[...] a gente tem que ver **essa questão do vocabulário**, saber se ele realmente compreendeu o que você está falando, uma informação importante/ muitas vezes, você fala, fala e depois você pede para o paciente repetir, e ele não vai dizer o que você falou/ é o que acontece muito: “Você já sabia o que era janela imunológica? Não não, nunca me falaram!”. Mas a informação já havia sido dita antes, mas muitas vezes, o profissional não enxerga que esse paciente compreendeu no nível dele de compreensão [...] (ENF 11).

Contudo, percebemos que também há uma preocupação das enfermeiras em relação a explicar terminologias e temas referentes às DST/HIV/Aids e a apropriação de termos técnicos pelos sujeitos. Esse movimento, por sua vez, favorece os usuários a terem conhecimento e a fazer uso de termos reservados, apenas, aos cidadãos de prestígio. Assim, de algum modo, os usuários são instituídos como sujeitos de poder e decisão sobre sua própria saúde, sinalizando de tal modo uma democratização do aconselhamento, ao direcionar uma oportunidade de conhecimento de temas específicos da área, que podem auxiliar o usuário na prevenção do HIV/AIDS (SOUZA, CZERESNIA, 2007).

Consideramos ainda pertinente fazer uma observação, pois tais posicionamentos também revelam uma proposta de ação que considera que o aconselhamento torna-se o ensinamento de informações e práticas para uma vida isenta de vulnerabilidades, e que após “educado” o sujeito deverá, ou pelo menos deveria, conduzir o autocuidado com maestria e teoricamente não apresentando nenhum risco, já que ele confirma a aquisição do conhecimento recebido. Porém, trazemos o exemplo de um sujeito fumante, que apesar de obter orientações sobre os efeitos prejudiciais do cigarro, formas e atitudes que podem auxiliar o consumo progressivo deste, não conseguem seguir à risca tudo que lhe foi ofertado.

Nesse sentido, visualiza-se uma relação educativa transmissora, disciplinante, onde o educador, seja representado por qualquer instituição, é o que orienta, prescreve a opção, que produz adaptações, sendo assim o sujeito do aprendizado preparando o terreno para as práticas de educação em saúde realizadas pelos enfermeiros (FREIRE, 2005).

Oliveira (2011, p.186) ainda adverte que promover a autonomia e a constituição de valores através de escolhas direcionadas e formatadas reduz “as possibilidades de uma maior liberdade dos sujeitos, porque emerge carregado de “verdades” da ciência, a qual é difícil contrariar.

Esse contexto lembramo-nos de Freire que critica a prática pedagógica em que o papel do professor é o de transmissor de informação, e a ideia de que o estudante se inscreve, num espaço parado, esperando pelo educador ditar conteúdos, depositando informações “dentro de sua mente”. Não acontece uma prática pedagógica de forma dinâmica, o discurso em movimento de informações. Na perspectiva desse funcionamento do ensino tradicional, o professor na tentativa de transmitir conhecimentos, reproduz informações, e, neste processo de reprodução/transmissão do conhecimento se perde. O aluno, ao aprender que precisa demonstrar o que aprendeu, dissimula o próprio processo de aprendizagem, sendo este, apagado (ORLANDI, 1983 apud PFEIFFER, PETRI, 2013 p.166). A essa pedagogia domesticada ou bancária, Freire enfatiza que:

Em lugar de comunicar-se, o educador faz “comunicados” e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção bancária da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guarda-los e arquivá-los. Margem para serem colecionadores ou fixadores das coisas que arquivam. No fundo, porém, os grandes arquivados são os homens, nesta [...] equivocada concepção “bancária” da educação. Arquivados, porém, fora da busca, fora da práxis não podem ser. Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que se julguem nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro (FREIRE, 1975, p. 67).

Assim, visualizamos uma relação de opressor/ oprimido em que o conhecimento é visto como uma forma de alienação ideológica por aqueles que pregam e desenvolvem a educação opressora. Possuir conhecimento, nesse contexto, significa possuir poder ideológico. E é através da negação desse poder ao educando que se estabelece a relação entre opressor e oprimido. O opressor, figurativizado pelo educador, apresenta uma dominação ideológica sistemática sobre o oprimido, delimitando-o como o educando “oco”, desconsiderando e repudiando a existência do conhecimento vivenciado e prévio, próprio de todo ser (FREIRE, 2005).

Porém, essa situação de opressão somente é sustentada enquanto houver consciências que se submetem passivamente às condições existentes, sem avaliar se tais condições devem

necessariamente permanecer enquanto tal. O principal fator impeditivo para que se produza uma mudança efetiva da realidade não são somente as limitações objetivas, mas as concepções de mundo que se mantêm intransitivas. É preciso produzir uma consciência transitiva, uma consciência que ultrapasse sua constituição real para chegar a se constituir numa consciência possível (FREIRE, 2005).

Podemos comparar esse cenário com a relação senhor/ escravo descrito por Hegel que pontua que toda relação de dominação entre escravo e senhor está fundamentada na ideologia passiva de escravidão do escravizado. O senhor só é reconhecido como tal pela consciência do escravo, ou seja, o subjogador não é senhor em si mesmo a não ser mediado por sua relação ideológica e material (trabalho) com o subjogado (HEGEL, 1992).

É a partir desse ponto percebe-se que a luta do oprimido é a mesma luta do escravo contra a opressão do senhor. Ou seja, da mesma forma que o escravo só é escravo enquanto se reconhece como tal perante o senhor – mesmo já tendo as condições objetivas de dele se libertar – o oprimido só é oprimido por se reconhece como ser inferior e dependente da situação que o oprime. Tomar consciência da situação de opressão e desvelar os efetivos mecanismos de seu funcionamento, são as exigências para que se instaure o início do processo emancipador.

No cenário da saúde, essa construção da educação bancária reflete o jogo político que movimenta o processo de aprendizagem, no qual o enfermeiro mantenha-se na posição de educador, como agente máximo, com a tarefa de preencher os espaços vazios, a fim de modelar e disciplinar o educando, porém de forma desconectada de suas realidades, mantendo o ato educativo como algo não problematizando, impedindo o movimento do sujeito, funcionando, assim, apenas na sonoridade da palavra (FREIRE, 2005).

Vale salientar, contrapondo a pedagogia bancária, que o exercício da prática de educação em saúde pressupõe abertura, disponibilidade para ouvir o outro, horizontalidade na relação interpessoal e na ação educativa em si, entendendo que neste espaço de relações, quem educa é dialeticamente educado. Isto porque não existe um saber verdadeiro, todo saber é relativo, negado, superado ou complementado por outros saberes. Por isso, sua noção de inacabado, de incompletude, pois existe sempre algo mais a se saber ou a ser reformulado por outros saberes (ALVIM; FERREIRA, 2007).

Porém, observamos um ensino pautado na prescrição de um modo de viver previamente instituído, tornando-se distante da realidade dos sujeitos, em que os enfermeiros permanecem na sua zona de conforto vinculada a ideologia disciplinadora, onde os

sujeitos/educandos são depósitos que devem ser preenchidos num processo pacífico (FREIRE, 2005).

Em síntese, o aconselhamento é constituído por um conjunto de intervenções educacionais e comportamentais que busca interferir nas condutas da vida cotidiana dos sujeitos, de modo que estes ocupem uma posição de passividade que pode estar associada à construção de autoridade atribuída ao aconselhador enquanto detentor do saber. Isso aponta para uma relação disciplinadora entre usuários e enfermeiros e sinaliza a existência de um jogo de inculcação do sujeito em nome do seguimento de normas instituídas.

### **6.1.2 Formação discursiva – Deslizando sobre a escuta, a empatia e a aceitação: em busca da centralidade no sujeito**

*"Você pode saber o que disse, mas nunca o que outro escutou".*

*Jacques Lacan*

Esta formação discursiva envolve sentidos no cenário do aconselhamento (AC) em HIV/AIDS que apresentam características ligadas à escuta, à valorização do sentimento e ao respeito ao sujeito, surgindo uma tentativa de rompimento com o panorama do modelo disciplinador instaurado no AC, buscando colocar o sujeito como foco central e propulsor de suas próprias mudanças. Assim, esses sentidos parecem convergir para uma proposta humanista.

Portanto, pautado em pressupostos humanistas, o AC pode também envolver fatores como estabelecer vínculo de confiança e amizade, aceitar incondicionalmente o sujeito, não realizando pré-julgamentos, ter empatia, fazer com que o paciente sinta-se parte do processo, são elementos que permitem um AC que considere a dimensão humana desse processo (AMADOR et al, 2011).

Adentrando nessa formação discursiva trazemos, inicialmente, o respeito e a aceitação do sujeito como representação da forma encontrada pelas enfermeiras de salientarem a busca incessante da compreensão dos comportamentos, sem juízo de valores, reconhecendo os limites e as potencialidades do sujeito.

“[...] vai depender muito de como o paciente está no momento né/ e a gente tem que aprender...a entender e a **respeitar as escolhas dele** naquele momento dele [...]Então assim, eu **tento respeitar/** um pouco o momento dele, (ENF 1)

“[...] existem pacientes que são mais ansiosos que dizem “Ah, não quero conversar agora não e tudo!” [...] tem pacientes que uma vida bem promíscua mesmo/ e você **tem que respeitar** isso [...]” (ENF 6).

Assim, esses dizeres revelam que as profissionais consideram que aceitar de forma positiva o outro é valorizar o diálogo de forma que esta seja um movimento do enfermeiro para estabelecer vínculo com sujeito, assegurando que ele sinta suas necessidades acolhidas e não julgadas.

Porém por ser uma patologia que envolve consequências sociais como o estigma e o preconceito, o julgamento comportamental dos sujeitos que procuram a testagem sorológica para o HIV é também algo combatido no aconselhamento, como podemos identificar na metáfora “quebrar o preconceito” e nos interdiscursos “aceitar todo mundo”, “não fazer julgamento”.

“[...] é a gente surpreende com as atitudes humanas, então é mas algo que a gente tem que **quebrar o preconceito**. Primeira coisa que você causa impacto no serviço, é isso de você **aceitar todo mundo**. Então assim, de você entender, tentar entender todo mundo, **não fazer julgamento**. O que é difícil enquanto ser humano. Todo mundo faz um julgamento, seja ele mínimo, mas a gente tende, tende aos estereótipos da sociedade [...]” (ENF 3)

“[...] assim né tentar entender e **não fazer julgamento mesmo**, ver cada um a sua maneira e está aqui simplesmente para ofertar apoio independente de quem seja, do que tenha feito ou vivido né [...]” (ENF 7).

Nesse trecho, a ENF 3 coloca-se em uma posição de responsabilidade ao afirmar “que a gente tem que quebrar o preconceito”, direcionando para si as ações que viabilizem o fazer acontecer no aconselhamento. Exemplificando, o “tem que escutar”, “tem que tirar a dúvida” traduzem os momentos em que o profissional acaba por ocupar a centralidade do processo.

Todavia, essa mesma enfermeira relata a tentativa de propor um aconselhamento humanista, porém reconhece a dificuldade de ter que seguir os pressupostos já instituído, como o não julgamento dos sujeitos, considerando que todos somos seres humanos e estarmos propícios, mesmo de forma velada, a julgarmos os comportamentos que destoam dos considerados adequados aos olhos da sociedade.

Em contraponto, identificamos deslizos dos profissionais ao utilizarem as expressões “coisas erradas” e “vivências perigosas, erradas” referentes as condutas e experiências dos sujeitos.

“[...] então você não vai direcionar a vida da pessoa/ você não vai mudar o pensamento dela/ você vai mostrar/ você vai dá a oportunidade a ela de conhecer o que ela não conhecia/ ou você vai aconselhar mesmo ela conhecendo mas dando a chance dela perceber as **coisas erradas**/dando a oportunidade a ela de tentar rever seu comportamento [...]” (ENF 7).

“[...] Tem histórias bem complicadas né [...] porque são **vivências perigosas, erradas** [...] porque as pessoas não estão mais usando camisinha/ as pessoas não valorizam mais essa relação de fidelidade [...] ai a gente tenta mudar essa situação [...]” (ENF 13).

Salienta-se que a ENF 7 aponta que a sua função é revelar o que antes era desconhecido, oferecendo, assim, o saber, não havendo a intenção de modificação de pensamento ou redirecionamento das condutas do sujeito. Porém, ao apropriar-se da expressão “coisas erradas”, de certo modo, ela desponta a identificar situações ou comportamentos que vão na contramão ao que seria o adequado ou seguro na proteção contra as doenças, indicando, sim, um direcionamento, e até mesmo julgamento, da vida do sujeito.

Nesse contexto, percebemos um aconselhamento que atua na busca pela minimização dos riscos, das vulnerabilidades, centrado em condutas que visem a promoção da saúde sendo geridas pelo profissional a partir de pré-julgamentos que este pondera como certo ou errado, não sendo possibilitado, em sua maioria, que o sujeito manifeste suas questões, ou seja, que de alguma forma possa mediatizar a construção do próprio discurso do sujeito, pois sustentado por uma educação bancária e ocupando o lugar de opressor que lhe é conferido pelo estatuto da ciência, o profissional visa a inculcação e a introjeção do conhecimento adequado.

Outra condição referente a essa formação discursiva é a empatia. Esta é colocada interdiscursivamente como essencial para desenvolver a relação de ajuda e confiança, sendo considerada a habilidade do enfermeiro para experimentar o universo privativo do outro, e comunicar-lhe algum grau significativo de compreensão (WATSON, 2008).

“[...]Mas varia muito de pessoa pra pessoa e da //da / **empatia** que a gente desenvolve durante o diálogo/ é em si ajudar o paciente/ percebendo as coisas como ele pode está percebendo [...]” (ENF 5).

“[...] o paciente tem que se **sentir acolhido** [...] temos que **agir com empatia** com ele né/ , ouvi-lo e entendê-lo para que ele possa confiar no nosso trabalho [...]” (ENF 11)

Ao apropriar-se da empatia como um dispositivo que visa a conquista da confiança e a formação do vínculo com o sujeito, o enfermeiro percebe-se olhando para as vivências sob a ótica do sujeito, a fim de compreender empaticamente as aflições e ajudá-lo,

deixando de lado, enquanto estiver fazendo isso, todas as percepções a partir da estrutura de referência externa e a partir da demanda do sujeito, tendo como pressuposto que a pessoa aconselhada terá capacidade de desenvolver todas as suas potencialidades de maneira a favorecer sua conservação e enriquecimento, ou seja, capacidade de superar suas crises e conflitos (PEQUENO et al, 2013).

Tais condições citadas anteriormente (empatia; aceitação e não julgamento; confiança) buscam de certa forma a construção da imagem do aconselhamento como aquele centrado no sujeito e em suas necessidades, enfatizando a importância do protagonismo do sujeito no seu processo de cuidado, de forma que ele é convocado a participar ativamente.

“[...] o **aconselhamento centrado no paciente**/ como ferramenta de trabalho para se conhecer melhor o paciente e suas reais necessidades/ ouvindo o que ele traz [...] e fazendo ele adquirir conhecimento para que ele se veja como sujeito do seu diagnóstico, do seu tratamento/ para que ele se veja como uma pessoa importante, capaz de traçar sua vida, sem que ditemos o que ele tem que fazer [...] (ENF 7).

“[...] o aconselhamento torna-se uma ferramenta de trabalho extremamente importante/ que o nome já está dizendo é aconselhar/então você não vai direcionar a vida da pessoa [...] você vai **ajudá-lo a ser seu próprio guia, o protagonista da sua vida, da sua saúde** [...] (ENF 11).

Destaca-se no dizer da ENF 7 a importância de que não houvesse interferência do profissional nas condutas e escolhas que o sujeito viesse a seguir, de forma que o AC fosse direcionado pelo profissional conforme a demanda exposta pelo sujeito, para, assim, ele ocupar o seu espaço como protagonista.

Porém, para que esse protagonismo concretize-se é necessário que o profissional possa dispor-se a compreender que o AC é envolvido por um contexto sócio-histórico, onde são geradas as relações de ajuda-poder, e que é necessário oportunizar cenários propícios à desconstrução progressiva dessas assimetrias de poder, na busca pelo desenvolvimento de tecnologias de cuidar capazes de ajudar na construção de projetos próprios para melhoria e/ou recuperação da saúde centrado na pessoa como sujeito do seu processo saúde-doença, como também na valorização dos diversos saberes/valores e incentivo aos vínculos entre profissionais e usuários (PIRES, 2005).

Figueiredo (2007) também destaca a importância de que a presença do profissional consiga estabelecer o equilíbrio entre o implicar-se, considerada a atuação constante em relação ao destinatário das suas ações, e o reservar-se, no sentido de abrir um espaço para o sujeito se colocar, para expor suas ideias, atuando, desse modo, como corresponsável, uma vez que essa também precisa oferecer subsídios para que o paciente possa participar do processo de cuidado no qual está inserido, conduzindo suas ações com

autonomia, e com a certeza de que, quando necessário, a presença implicada será manifesta, não como uma maneira de coagir suas ações, mas oferecendo-lhe apoio e atuando como um facilitador neste contexto.

Ainda descortinando essa formação discursiva retrata-se de forma parafrástica a escuta como uma forma de aproximação entre o sujeito e o profissional, desvelando possibilidades de considerar a subjetividade, e assim, procurando modificar a perspectiva de um AC centrado na figura do detentor do saber, no caso, o enfermeiro, para o sujeito

É possível identificar de forma polissêmica os pontos de vistas em relação a escuta realizada no aconselhamento. Primeiramente, a escuta pode ser entendida como um desabafo, em que o sujeito irá expressar naquele momento a aflição e o medo de uma provável soropositividade para o HIV. Assim, neste momento, quando os sentimentos são concretizados em forma de palavras e quando se encontra um outro que possa escutá-las, as tensões tendem a serem amenizadas, deparando-se o sujeito com caminhos para o enfretamento daquela situação.

“[...] a gente **escuta** tudo aquilo, e ver a dimensão do que a gente faz, porque eles agradecem tanto a gente por terem desabafado e pela a gente ter **escutado** e ajudado a compreender né essa situação que eles vivenciam [...]” (ENF 3)

“[...] a **escuta** do enfermeiro pode ser vista né/ como a principal forma de cuidar do paciente nesse momento/ porque/ o paciente vai precisar muito do apoio do enfermeiro nesse momento [...] para conseguir lidar com essa situação” (ENF 9).

“[...] também para **escutar** o que o paciente traz para nós/ Assim / o aconselhamento possibilita uma interação com o paciente/ permitindo que ele potencialize exatamente essa interação com o paciente, [...] outros trazem, literalmente, só a angústia de um possível diagnóstico, uma angústia que precisa ser **escutada** né/ [...] mas acho que o sofrimento, a angústia de alguns é tão grande que merecem ser **escutadas** de verdade [...]” (ENF 8).

“[...] o paciente tem que perceber que você vai tá junto dele, apoiando, **escutando**, dando o ombro para ele chorar, desabafar, porque, realmente, é um momento muito complicado. Então, eu me coloco a disposição do paciente para qualquer esclarecimento e ajuda que ele precisar [...]” (ENF 11).

Mielke e Olschowsky (2011) confirmam que a escuta é considerada uma ferramenta essencial no trabalho em saúde, quando se dá voz ao sofrimento do outro, propondo-se a auxiliá-lo na busca da resolução de seu problema. Especificamente em áreas que lidam com aspectos que envolvam a saúde mental, a escuta minimiza o problema, fazendo com que a pessoa tenha condições de refletir melhor sobre sua situação e tomar a melhor decisão. Porém, salienta-se que escuta não se limita somente ao que foi falado, mas

também às lacunas do discurso, exigindo da profissional percepção para trabalhar sob esses silêncios; além disso, para escutar é imprescindível conhecer quem se escuta, sobre o que fala e como fala.

Pontuamos que as enfermeiras reconhecem que existe ali um sofrimento, uma angústia, algo que é expressado como um desabafo, que naquele momento parece ser algo que torna-se prioritário, que precisa ser “cuidado”, havendo uma potencialização da interação com a profissional através da escuta, o que acaba facilitando a compreensão e encontro de dispositivos para o sujeito lidar com essa possível nova realidade.

Enfatizamos ainda que ao sustentarem o discurso de forma humanista, as enfermeiras deixam transparecer a imagem de disponibilidade, no sentido de atuarem constantemente, seja oferecendo o ombro para desabafar, seja em prol de estimular o sujeito a assumir a condição de protagonista do seu tratamento em busca de um maior engajamento no seu autocuidado, objetivando um “aconselhamento da presença”, ocupando o enfermeiro ora posição implicada ora em reserva.

Alertamos, porém, para o fato da escuta ser surda destituindo o usuário de sua demanda, de sua subjetividade e os apresentando como objetos que precisam ser moldados e corrigidos para que se mantenha o equilíbrio, constituindo-se assim julgamentos e prescrições produzidas pelo “especialismo” profissional, acomodando esse sujeito no lugar de objeto de suas ações (HECKERT, 2007).

Outro sentido evidenciado sobre a escuta foi o encontro de um dispositivo terapêutico, sendo ressaltado sua importância como mecanismo que possibilita ao paciente manifestar suas necessidades e demandas enquanto sujeito, dando subsídio ao profissional para que este possa atuar conforme as carências identificadas.

“[...] **vou escutar** um pouco né, o que ele tem para me dizer sobre a história dele, o que ele está sentindo naquele momento, se ele tem algum questionamento para me fazer né, eu espero realmente ele se abrir um pouco para **nos conhecermos melhor** [...] depois que eu escutar, eu irei junto com **ele ver as vulnerabilidades** né/ que ele está se colocando em risco [...]” (ENF 4).

[...] Então ouvir muito/ interagir nessa escuta/ não se achar o dono do saber/ [...] construir um vínculo com o paciente/ acho que é o caminho para um bom diálogo né/ para gente poder **conhecer as necessidades de daquele paciente** no momento [...] (ENF 8).

Esses dizeres sinalizam que a escuta acaba apoiando um aconselhamento com caráter investigativo, havendo uma instância que requer a revelação de uma verdade pelo paciente, no caso falar de suas intimidades, estando ele em um lugar de fragilidade patológica, obtém-se mais facilmente a confissão e a reorganização de medidas e ações, no caso específico para a prevenção ou avaliação de risco (FOUCAULT, 2005).

Para a revelação dessa verdade, Garcia Roza (1998, p. 29 e 30) traz o interrogatório como uma forma privilegiada da articulação entre o poder e o saber. Seu objetivo é a busca de antecedentes e a obtenção de uma confissão, pois o saber obtido pelo interrogatório não era suficiente, não tendo nenhum valor terapêutico, funcionando apenas como prova de verdade. Assim, a confissão seria o escopo, uma vez que faria o paciente reconhecer sua própria “loucura. Esse momento confessional, uma vez obtido, tinha um duplo valor: era indicativo da submissão do paciente à vontade do médico e, além disso, possuía uma função catártica, ou seja, através dela o doente se livrava do mal.

Nesse sentido, a prática de aconselhamento parece estar associada, em grau significativo, à técnica da confissão, sendo considerada por Foucault (2005, p.61) como um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado, desenvolvendo uma relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, avalia-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar. [...] Produz em quem a articula modificações intrínsecas: inocenta-o, resgata-o, purifica-o, livra-o de suas falhas, libera-o, promete-lhe a salvação.

Assim, a confissão acaba por trazer o interior das pessoas para dentro do domínio poder-saber, na medida que produz a verdade e permite o sujeito mergulhar em si mesmo; e falar, especialmente, sobre o sexo, ao ser colocado como um campo de alta fragilidade patológica, superfície de repercussão para outras doenças e como centro do instinto, das tendências, da imagem, do prazer e da conduta. (Foucault, 2005b).

Fortalecendo esse viés confessional do AC, surge de forma parafrástica nos discursos “investigar” que reforça, o que aparentemente estava velada nos discursos de algumas profissionais ao se apropriarem da escuta como ação de apreensão da subjetividade e não de investigação, porém ancorando os objetivos no descobrimento de fatos, comportamentos, enfim, pistas que pudessem levá-las de encontro as vulnerabilidades vivenciadas pelo sujeito. Pois, somente assim, elas irão conseguir traçar uma abordagem protetiva àquele sujeito.

“[...] ele é abordado né, e é orientado né, sobre o teste. Depois a gente pesquisa, **investiga**, qual a justificativa né / dele tá fazendo o teste [...] onde a gente vai **investigar** / quantidade de parceiros, a última relação, como é o uso do preservativo do paciente, se ele costuma usar ou não usa, se ele tá em janela imunológica ou se ele não tá em janela imunológica né [...]” (ENF 1).

“[...] para eu puder entender o objetivo dele e **investigar** se ele quer fazer o teste só por fazer [...] **investigando** para que eu possa trabalhar a prevenção/[...]” (ENF 7).

“[...] A partir do que ele me diz sobre sua vida, se vai **investigando** né/ as possíveis situações que podem colocá-lo em situações que lhe deixam vulneráveis para alguma contaminação com as doenças sexualmente transmissíveis. [...]” (ENF 8).

Marcando-se o aconselhamento em HIV/AIDS por esse “diálogo investigativo” foi retratado pelas enfermeiras o uso de um banco de perguntas já pré-formatadas, que iria de algum modo orientar o diálogo usuário-aconselhador. As perguntas enfocam questões como motivos da procura pelo teste, origem da clientela (como ficou sabendo do serviço), histórico de DST, transfusão de sangue e uso de drogas. Posteriormente, era indagado sobre o tipo e a quantidade de parcerias sexuais no último ano e o uso de preservativo (parceiros fixo/não fixo).

[...] “a gente segue uma ficha pré-estabelecida [...] então “qual foi o motivo que você veio aqui? Qual é a sua queixa? Porque você procurou o serviço? Qual é a sua história?” [...] onde a gente vai investigar / quantidade de parceiros, a última relação, como é o uso do preservativo do paciente, se ele costuma usar ou não usa, se ele está em janela imunológica Então essas são perguntas introdutórias para que o diálogo possa ocorrer [...] é um verdadeiro “**quebra-cabeça**” das situações de exposição ao vírus” (ENF 2).

Nesse trecho, salienta-se que a profissional coloca metaforicamente o dizer “quebra cabeça” em relação da situação de vulnerabilidade do usuário, e revela estar amparada nesses questionamentos já pré-estabelecidos no AC, utilizando-se das respostas dos sujeitos para traçar um perfil de caráter investigativo das situações de exposição ao vírus vivenciadas pelos sujeitos. Assim, ao responder o número de parceiros que teve no ano; o uso ou não da camisinha, o sujeito será enquadrado em uma posição de risco iminente ou não ao HIV.

Nesse contexto, percebemos, de forma velada, que o AC ainda é sustentado de forma assimétrica, pois as profissionais organizam discursivamente seu AC como uma investigação da vida do sujeito com perguntas predeterminadas pelo profissional, de forma que algum tipo de controle interacional é mantido sob o usuário (SOUZA; CZERESNIA, 2007).

Vale ressaltar que as perguntas realizadas no AC englobam um formulário denominado de sistema de informação do serviço (SI-CTA), implementado em 2002 pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, com o objetivo de oferecer suporte às atividades de atendimento no aconselhamento, vigilância epidemiológica e gestão do serviço. Monteiro (2014) revela que o preenchimento do formulário não favorece a interação entre profissional de saúde e usuário, circunscrevendo as questões da sexualidade a sua dimensão quantitativa e desviante, assim, devendo ser proposto a desvinculação do aconselhamento ao preenchimento do formulário SI-CTA.

Aproximando-se dessa reflexão de ruptura do uso de questionamentos pré-estabelecidos no AC, algumas enfermeiras apresentam através de formulações parafrásticas como “aconselhamento não tem receita”, “ não existe algo sistematizado”, “não sigo um modelo, uma coisa rígida”, “guiado pela história” do sujeito, ou seja, sendo o AC como um processo de interação e de circulação de sentimentos e sentidos nomeados pelo sujeito, a fim de se buscar a construção de um vínculo para que se possa oferecer um AC que der conta da demanda do sujeito.

“[...] E a gente tem que saber que o **aconselhamento não tem receita**[...] pois todos os aconselhamentos divergem/ são pessoas com história diferentes” [...] (ENF 8).

“[...] **Não existe / algo sistematizado**, não é algo que a gente possa usar para todos os pacientes [...]é guiado pela história do paciente [...]” (ENF 4).

“[...] e daí assim, **eu não sigo um modelo, uma coisa rígida**/ de acordo com a demanda do paciente/com as informações que ele tem, a gente vai desenvolvendo[...]” (ENF 6).

Salientamos, assim, que as profissionais consideram o aconselhamento em HIV/AIDS uma estratégia que foge da ideia de padronização, de modelo, pois ele é construído pela demanda do sujeito. Assim, fica claro que os enfermeiros percebem que cada sujeito é marcado e existe a partir de condições singulares. Logo, o aconselhamento não poderia ser sistematizado pois lida com sujeitos singulares que tem modos de subjetivação diferentes.

Porém, em contraponto, ao apropriarem-se de formulários que estabelecem determinadas questões e situações a serem discutidas no AC, as enfermeiras acabam por estarem elas próprias direcionando algo que deveria ser voltado as vivências e subjetividades do usuário. Ou seja, a escuta surge com o objetivo de quantificar vulnerabilidades, a fim de formular e intensificar orientações de condutas em prol da uma segurança física do paciente.

Compreendemos, entretanto, que para colocar-se em uma posição de escuta do sujeito, o profissional carece ter um suporte teórico que fundamente o seu aconselhamento, pois ao escutar a angústia e o sofrimento, ele deve reconhecer e encontrar formas de auxiliar o sujeito. Porém, os seguintes recortes despontam para o sentimento de aflição e de falta de formação das próprias enfermeiras em relação a escuta de determinadas histórias que emergem no AC:

“[...] Eu mesma às vezes **fico aflita** escutando algumas conversas, são **histórias muitas pesadas** que a pessoa precisa realmente muito mais de um apoio emocional nesse momento do que de outra coisa [...] mas as vezes a **gente não estar preparada para escutar** né [...]” (ENF 3).

“[...] **O difícil é estarmos preparadas** né/ para escutar/ porque as vezes são **histórias muito densas/** e a gente **absorve muito dessas histórias/** enfim/ **não sabe como lidar com aquela situação** né/ ai a gente encaminha né/ porque foge do nosso trabalho [...] (ENF 8)

Nesses trechos, as enfermeiras transparecem claramente esse sentimento, muitas vezes, de impotência, ao não conseguirem lidar com determinadas situações por sentirem-se despreparadas para escutar algo que vá de encontro com o seu próprio bem-estar emocional, por isso, na perspectiva dessas profissionais, a escuta de histórias densas, pesadas foge do trabalho destinado à enfermagem.

Silva (2011) reforça essa dificuldade dos profissionais na prática do aconselhamento em abordar a dimensão da intimidade do usuário, trazendo a reflexão de mudança de postura do profissional, ancorando a busca por habilidades comunicativas e a desvinculação do usuário à imagem de objeto, transformando-o em sujeito no momento do AC.

Vale salientar que o próprio enfermeiro vivencia essa situação de desamparo ao lidar com um paciente que sofre, que vivencia angústias partilhadas, pois sente-se despreparado em trabalhar com questões que não são abordados em sua formação acadêmica, mantendo-se sozinho, sem um suporte da sua instituição, sem ter quem acolha seus próprios medos e angústias.

Outra enunciação enfatizando, ainda, situações que requerem do profissional uma escuta destinada à subjetividade do sujeito, a sua angústia, traz à tona um deslize dizer “barra o paciente.

“[...] temos que escutar/ é uma necessidade do usuário essa questão do atendimento psicológico/essa atenção mais voltada para o emocional porque o paciente fica ansioso, porque às vezes você não sabe como lidar diante disso, **você barra o**

**paciente** de fazer o teste, faz o que/ uma orientação, então assim// assim é difícil [...]” (ENF 2).

Nesse contexto, é novamente reconhecido pela enfermeira que o sujeito demanda de algo ligado ao emocional, ao psicológico, fugindo, muitas vezes, do que ela costuma empregar como arcabouço em seu aconselhamento, que seria propor condutas direcionadas à ordem cognitiva do sujeito. Porém, ao enfatizar que ela “barra o paciente”, podemos perceber que, na verdade, ela mesmo torna-se o obstáculo, a barreira no AC, por não saber lidar com o sofrimento do outro ou mesmo não conseguir lidar com suas próprias “barras”, impedindo, assim, a realização do teste.

A partir dessas observações, nos parece é que o enfermeiro apropria-se de um formulário dialógico já construído, com intuito evidente de programar assuntos e temas a serem discutidos, evitando que situações constrangedoras, como dialogar sobre a própria sexualidade do sujeito ou lidar com sentimentos de revolta e desespero deste, possam emergir e ele não consiga concluir seu trabalho com êxito.

Assim, Monteiro (2014) sinaliza que para efetivar o aconselhamento como um espaço de interação democratizante e participativo, é preciso considerar também o processo de formação dos aconselhadores e as condições da estrutura organizacional do serviço.

Após expor essas considerações, percebemos que a uma tentativa das enfermeiras em considerar cada ser como únicos e desejosos de crescer, por isso elas discorrem sobre o valor dos sentimentos e das emoções, da aceitação e do direito de escolha que são alguns dos princípios que norteiam a perspectiva humanista. Assim, devendo ser norteadas pelas necessidades e subjetividades individuais de cada um, a enfermeira deve apresentar-se como uma facilitadora, em que a escuta deverá ser sua principal habilidade (BRAUNGART; BRAUNGART, 2010).

Neste sentido, parece urgente ocuparmos um lugar que facilite o emergir da voz do sujeito, de suas características e desejos singulares, com os quais este possa participar e se afirmar no contexto da existência. Porém, para isso acontecer o profissional precisa lançar-se em movimentos que, em muitas vezes, carecem de desconstruções de questões e verdades inculcadas pela ciência positivista. Assim, ele tem que, muitas vezes, solitariamente reconstruir e reorganizar conhecimentos, e buscar em outros diálogos teóricos como sustentação para um esse outro desafio profissional, possibilitando a produção de novas relações, modos de vida e linguagens.

### **6.1.3 Passividade à ordem e à norma: uma hipótese para atuação das Enfermeiras dos SAEs**

A constituição do discurso dá-se como efeito de sentidos entre interlocutores, enquanto parte do funcionamento social geral. Portanto, os interlocutores, a situação, o contexto histórico-social, as condições de produção, constituem o sentido da sequência verbal produzida, ou seja, a instanciação do modo de se produzir linguagem, torna-se o cerne do processo discursivo, que é social (PÊCHEUX, 1969).

Sendo social, é preciso enfatizar que todo discurso nasce de outro discurso e reenvia a outro, por isso não se pode falar em um discurso mas em estado de um processo discursivo, e esse estado deve ser compreendido como resultado de processos discursivos sedimentados, institucionalizados.

Orlandi (2009) enfatiza que quando se diz algo, alguém o diz de algum lugar da sociedade para outro alguém também de algum lugar da sociedade e isso faz parte da significação. Finalmente, faz parte da estratégia discursiva prever, situar-se no lugar do ouvinte, antecipando representações, a partir do seu próprio lugar de locutor, o que regula a possibilidade de respostas, o escopo do discurso.

A partir desse contexto, surgem as formações discursivas que determinam o que pode e deve ser dito a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada. Trazendo o cenário do aconselhamento em HIV/AIDS, ressaltamos a posição de autoridade ocupada pelo profissional, porém que ao ser entrevistado, estando sob à análise de outro profissional, acaba por comedir seu discurso ora projetando o que poderia ser dito e recortando o que não poderia ser dito, buscando, assim, se adequar aos princípios de um aconselhamento tidos como ideais.

Nesse estudo foi possível identificar duas formações discursivas a primeira denominada “Testagem, aprendizagem, enfermagem: a modelagem do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS), estando caracterizada por ideais disciplinadores e a segunda denominada “Deslizando sobre a escuta, a empatia e a aceitação: em busca da centralidade no sujeito”, caracterizada por sentidos ligados ao humanismo.

A primeira formação discursiva reflete o caráter disciplinador do aconselhamento em HIV/AIDS. Pautado na transmissão de informações, com intuito de “explicar” sobre as doenças, “esclarecer” sobre os modos de transmissão como também “orientar” sobre as formas preventivas, esse discurso é sustentado por uma formação ideológica passiva que através da relação de poder e saber, instaurado nos processos educativos, destina ao profissional o papel de autoridade, pois esse apropria-se de um saber rubricado pela

cientificidade, e o sujeito como aquele a seguir o que for ditado, sendo modelado à luz da normatização de comportamentos.

Nesse contexto, reconhecendo que um dos pilares do AC é o apoio educativo, concordamos que as ações que voltam-se para o aprimoramento do conhecimento do sujeito, podem dá conta dessa demanda que também é de uma ordem cognitiva e que precisa ser levada em consideração.

Porém, ao atuar como educador em saúde, “inculcando” o saber normativo ao sujeito, o enfermeiro ocupa no AC a posição de disciplinador, preocupando-se com a forma e o formato dos conteúdos, constituindo-se assim como processo de produção de movimentos normalizadores e padronizadores dos modos de se viver e reproduzindo assepticamente a existência, pois havendo uma autoridade instaurada, essa marca as relações de ensino, tendo em vista que os papéis já estão postos, quem ensina e quem aprende, quem ouve e quem fala.

Enfatizamos, deste modo, que existe uma produção de sentidos em relação ao aconselhamento que atua em nome de uma educação disciplinadora, bancária, sendo por meio deste que tudo se explica, em que os sujeitos são orientados, esclarecidos, sendo, enfim, modelados. Desta forma, quem tem a fala, o discurso, não é o sujeito, mas sim o enfermeiro, pois ele “toma a fala”, por achar-se detentor de um saber que o outro não apropriou-se ainda, mantendo-se, assim, uma relação assimétrica com sujeito. Ademais, há um conflito entre uma agenda coletiva, algo que é prescrito e deve ser abordado pelos aconselhadores (ensinar como usar o preservativo) e uma pauta individual e subjetiva (AYRES, 2004).

Nessa perspectiva, o AC parece estar sustentado por uma lógica da subserviência, no qual o sujeito segue as normas prescritas pelo enfermeiro, distanciando-se, assim, de uma relação educativa libertadora, que prima pelo diálogo com o outro, diálogo que promove movimentos críticos e rebeldes na expressão dos seres. Institui-se sim aqui, relação “quietista”, que engessa os usuários frente ao saber profissional (FREIRE, 2009).

A segunda formação discursiva retrata um aconselhamento que busca uma ruptura com esse viés disciplinante do sujeito, no qual o profissional procura estar ao lado, estar junto, a fim de mostrar envolvimento e empatia ao sujeito, buscando a construção da confiança e responsabilização deste, enfim, ajudando o outro a manifestar-se como protagonista da promoção de sua saúde.

Nesse movimento humanista, o enfermeiro procura disponibilizar-se e direcionar-se para as necessidades advindas do sujeito, centralizando, deste modo, suas ações nas questões trazidas pelo paciente. Para isso, o profissional apropria-se da escuta como um dispositivo que tende a considerar a subjetividade, trazendo para o AC algo referente à ordem

emocional e psicológica do sujeito. Porém, na tentativa de conhecer as questões e necessidades do sujeito por meio da escuta, o profissional acaba deslizando, no sentido, que ao invés de atentar-se à demanda do sujeito, direciona o seu olhar para as vulnerabilidades vivenciadas por este, produzindo, assim, uma escuta com caráter investigativo.

Entretanto, a utilização desses pressupostos humanistas estão a serviço do discurso biomédico onde a enfermeira tenta persuadir, docilizar o paciente para receber a norma e as prescrições.

Os enfermeiros talvez, não percebam a posição de dominação que ocupam, normatizando e estando no centro de toda a prática do aconselhamento, havendo uma dissimulação dos efeitos de sentido sob a forma de informação, de um único sentido, gerando um jogo ideológico, em que o paciente está em uma posição fixa de ouvinte, sendo negada a possibilidade de construção do seu próprio discurso.

Nesse contexto, identificamos que há também um comportamento submisso do enfermeiro, pois ao ocupar um papel que propõe que ele acolha uma demanda emocional e também der conta de proporcionar um apoio educativo ao sujeito, pautando-se em um manual de aconselhamento em HIV/AIDS, proposto pelo Ministério da Saúde, estando ligado à ordem da ciência, esse acaba por comprometer-se a seguir os comandos e orientações indicadas, prendendo-se a algo instaurado cientificamente, a fim de garantir um tipo de intervenção. Salientando que ele também está sob ordens da sua própria instituição e política ministerial.

A partir do exposto, identificamos a passividade como uma hipótese, ou seja, uma possibilidade em manter os sujeitos, tanto pacientes como profissionais, sob às ordens de uma autoridade, por meio da educação tradicional, do discurso biomédico e da instituição de saúde, enfim, uma hierarquia que normatiza o saber-poder. Porém, é necessário que vislumbre-se uma reconfiguração do aconselhamento em função dos sentidos e das necessidades trazidas para o encontro com os profissionais de saúde, pressupondo uma fuga dos movimentos institucionalizados na atenção à saúde e a instauração de um caminho permeado por movimentos inacabados da existência, do qual os profissionais são partícipes e não condutores.

## 6.2 O TRAJETO DISCURSIVO DOS USUÁRIOS NO ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: O MAL ESTAR DO SUJEITO E A BUSCA DE UM ALÍVIO

### 6.2.1 Formação discursiva - A dúvida como o movimento do sujeito e as suas circularidades no aconselhamento em HIV/AIDS

*“Tudo é uma questão de manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo”.*

*Walter Franco*

Essa formação discursiva revela a dúvida como propulsora de movimentos do sujeito. São inúmeros os questionamentos advindos do sujeito ao decidir realizar a testagem sorológica para o HIV: “Será que tenho ou não o HIV?”; “O que é o HIV, como transmite?”; “Será que irão me julgar por ter agido assim?”; “Como posso lidar com essa situação?”. A partir destas enunciações, identificamos circularidades em torno das dúvidas expressas pelo sujeito assim como do movimento que estas provocam no sentido de mobilizar o usuário a buscar algo ou alguém que possam auxiliar nesse momento de mal estar.

Dentre os sentidos que circundam as dúvidas no aconselhamento, primeiramente, apresentaremos, parafrasticamente a “dúvida” de uma possível soropositividade para o HIV como aquela que instiga o sujeito a realizar a testagem sorológica. Os pacientes declaram suas vivências, que de alguma forma, os deixaram receosos de terem sido expostos ao vírus.

“[...] Primeiro de tudo eu vim pra cá pra tirar uma **dúvida** porque / eu fiquei com uma menina ai, numa questão de festa, de farra, e ela tem uma fama que não é muito boa, assim, de ficar com todo mundo, sendo que eu não sabia. E naquele embalo da curtidão ai, eu acabei ficando com ela e não usei. Ai por via das dúvidas eu vim ter a certeza pra mim ficar mais sossegado, ai vim fazendo o teste [...]” (USU 1).

“[...] Bom, primeiramente, a moça me perguntou né porque eu tinha vindo fazer o teste. / Eu falei que já tinha um namorado de alguns anos né, e que recentemente eu tinha deixado de usar camisinha com ele. Como a gente sabe né que as pessoas são um pouco / sem-vergonha hoje em dia, eu resolvi fazer tirar essa **dúvida** né, porque nunca se sabe né. Mesmo namorando muito tempo né, os homens traem muito, ai fiquei com medo e resolvi vim fazer [...]” (USU 3).

“[...] Bom, eu estava com muita **dúvida** né/ de vim fazer esse teste/ porque nunca se sabe né/ se o resultado vai dá positivo ou não. [...]z] A enfermeira me perguntou porque que eu tinha vindo fazer o teste né/ eu falei um pouco dos meus problemas e da **dúvida** que eu tinha de fazer [...]”

Das falas apresentadas, identificamos que os sujeitos revelam que vivenciam ou vivenciaram alguma situação de vulnerabilidade (sexo sem camisinha; contaminação por materiais perfurocortantes infectados) que gerou uma desconfiança em relação a exposição ao

vírus. Porém, outros pacientes afirmaram que realizam o teste Anti-HIV periodicamente, não declarando a exposição ao vírus.

“[...]Eu vim por prevenção mesmo (risos) acho que todo mundo faz e todo mundo deve fazer. Mesmo no caso de não se expor né, tem que se prevenir ou se no caso tiver com HIV, prevenir e se tiver se tratar né, esse é o objetivo né [...]” (USU 2)

Porém, em sua maioria, os sujeitos procuraram por iniciativa voluntária o SAE para conhecer o seu status sorológico, a partir de vivências individuais. Braga et all (2013) afirma que talvez essa procura possa está relacionada com o amadurecimento dessas pessoas no cuidado à própria saúde (em frente à epidemia de HIV/AIDS), no tocante a atitudes mais responsáveis de prevenção a essa infecção, ou mesmo ao tratamento, caso o resultado seja diagnosticado como soropositivo, o que sugere também que esses usuários adquiriram compreensão acerca dos riscos de contaminação, embora tenham passado por situação/comportamento de risco.

Nesse contexto, os sujeitos que vivenciaram uma situação de vulnerabilidade, havendo, assim, a desconfiança em relação a soropositividade apresentam, de forma conjunta, uma experiência forte, que congrega sentimentos de tensão, medo, culpa e arrependimento.

“[...] Bom, meu primeiro encontro com a profissional eu estava bem **temeroso** né. Afinal né, eu tinha passado né por uma situação que... / né, ai eu vim aqui para não ficar **martelando a minha cabeça** com esse problema [...]” (USU 4).

“[...] O primeiro encontro foi bem **desesperador** sabe/ porque eu estava com muito **medo, nervoso**, não conseguia pensar na ideia de **ter desastre desse na minha vida**.// Eu contei para a profissional que tinha me relacionado com uma pessoa que não era tão confiável, ai eu soube de algumas histórias que me deixaram **desesperado** só de pensar em **ter um problema** desse. Ai resolvi fazer o exame aqui para **tirar esse peso do meu coração** [...]” (USU 5).

“[...] Eu falei para ela /que tinha ficado com um cara /e não tinha usado preservativo, e que estava com **medo** porque hoje o negócio está muito promíscuo né/ as pessoas não valorizam mais essa relação fiel. Esse cara eu já estava me envolvendo há algum tempo /já tinha rolado algumas vezes com camisinha, mas dessa vez, no embalo da situação, aconteceu sem né. E eu fiquei com muito **peso na consciência**, /porque mesmo que fosse meu namorado, /eu tenho muito **medo** né, vacilar por besteira né, /pegar uma doença dessa, /**super complicada** [...]” (USU 10).

Nesses recortes, vislumbramos parafrasticamente os sentimentos de “medo”, estando o sujeito “desesperado”, “temeroso” com essa situação. Acompanhando esses anseios, metaforicamente, os sujeitos descrevem de forma intensa as sensações que essa dúvida ocasiona diante de um possível diagnóstico para o HIV, provocando algo que fica

“martelando a cabeça”, um “peso na consciência”, “ter um desastre desse na minha vida” e “um peso do meu coração”.

De forma clara, essas metáforas indicam a imagem que o HIV impulsiona aos sujeitos, por isso falam em “desastre” e “pegar uma doença dessa /super complicada”. Nesse sentido, é inevitável que a angústia, o sofrimento surja nesse momento, porém é a dúvida, o medo incita o sujeito a buscar algo que possa amenizar essa aflição, no caso a procura pelo aconselhamento em HIV, mesmo que para isso ele tenha que enfrentar outros receios.

Pontuamos que o desconforto na chegada do sujeito ao SAE é um dos receios declarados. Esse está basicamente relacionado à construção social que uma pessoa tem ao procurar esse tipo de serviço, ou seja, o medo de ser reconhecido e estigmatizado (ARAÚJO, 2003). A espera pelo início do atendimento em um ambiente no qual encontrava-se todos os usuários para a realização do aconselhamento foi traduzida como constrangedora.

“[...] Pensei muito antes de voltar aqui, porque achei muito **constrangedor**, são muitas pessoas né, e porque sei lá parece que a gente fez alguma coisa errada né/ e vem aqui saber se coisa errada deu errada mesmo (risos) [...]” (USU 6).

“[...] Bom, eu estava com muita dúvida né/ de vim fazer esse teste/ porque nunca se sabe né/ se o resultado vai dá positivo ou não. Ai quando eu cheguei aqui, **foi horrível** porque tinha muita gente né, e podia ter alguém conhecido e sei lá né/ Fiquei nervosa/ a minha vontade era ir embora e não fazer mais/ mas eu sabia que ia ter que voltar de novo/ então fiz logo [...]” (USU 11).

Após a espera pelo atendimento, finalmente, o sujeito vai ao encontro do profissional que irá realizar o AC. Partindo desse momento, observou-se por meio dos discursos dos usuários que determinadas perguntas eram utilizadas como uma forma de orientar o diálogo usuário-aconselhador. Dentre os questionamentos mais citados pelos usuários, os motivos da procura pelo teste e a indagação sobre o tipo e a quantidade de parcerias sexuais no último ano e o uso de preservativo (parceiros fixo/não fixo) foram as mais frequentes.

“[...] Bom, primeiramente, a moça me perguntou né porque eu tinha vindo fazer o teste [...] Ela perguntou **o número de parceiros** né, eu respondi sem problemas. Mas não falei nada em relação ao sexo em si/ perguntou **se usava camisinha** nas minhas relações né [...]” (USU 3).

Segundo Monteiro et all (2014), essas perguntas compõem um formulário que tende a avaliação da “exposição ao risco sexual”, sendo feita em função do não uso do preservativo e do tipo/quantidade de parceiros sexuais ou condição sorológica do parceiro.

Desse modo, as práticas preventivas ficam propensas a serem abordadas com base no enfoque epidemiológico, centrado na relevância do uso frequente do preservativo.

Vale ressaltar que o preenchimento desse formulário não favorece a interação entre profissional de saúde e usuário, pois, em muitos casos, não são condizentes com o contexto do aconselhamento e/ou história de vida do usuário e circunscrevem as questões da sexualidade a sua dimensão quantitativa e desviante. Assim, esse momento foi apontado também como invasivo e ofensivo:

“[...] Ai, sinceramente/ **me senti um pouco invadida**/ porque a profissional perguntou o que eu aconteceu para eu está ali [...] **como se estivesse realmente me investigando** [...] num sei/ acho que quando um atendimento de saúde envolve algo que envolve a intimidade mais íntima da gente/ tem que ser tratado de uma forma mais singular sabe?/ De forma/ que a gente possa sentir-se mais à vontade. Mesmo se ela perguntasse se eu tivesse transado sem camisinha/eu diria sem problema/ mas acho que é o jeito que a pessoa fala sabe? [...] (USU 10).

Nesse recorte, o sujeito refere sentir-se sob uma investigação, pois ao ser interrogado, a fim de expressar sua verdade, por meio da confissão, ele acaba por si sentir invadido, ao submeter-se as perguntas do enfermeiro referentes a sua intimidade. Assim, o USU 10 enfatiza a importância de cada atendimento ser realizado de forma singular, a fim de manter o sujeito à vontade para falar o que ele acredita que deve expor naquele momento e também da maneira que o profissional deve colocar os questionamentos que envolvem a sua intimidade e sexualidade, fugindo da perspectiva investigativa que o AC remete.

Aqui ocorre uma polissemia no discurso do paciente onde ele duvida do atendimento da enfermeira solicitando uma escuta singular e um cuidado individualizado, onde as prescrições higienistas e os comandos em nome da saúde parecem estar descontextualizados.

Outros pacientes no sentido de estabelecer uma relação de confiança com o enfermeiro sentem-se confortáveis, ao de expressarem suas “dúvidas”. Essa circularidade da “dúvida” volta-se de forma parafrástica, para os questionamentos relacionadas a infecção pelo HIV/AIDS e outras DSTs assim como possibilidades de prevenção.

“[...]Ela explicou bem / falou bem sobre o assunto, tanto sobre o HIV como sobre a hepatite. **Tirou todas as dúvidas** que a gente tinha, gostei do atendimento daqui [...] ela só aconselhou que sempre tem que usar camisinha pra evitar as doenças / porque assim no caso eu não gosto muito de usar (risos) mas é sempre bom usar. Aconselho a todos ai pra gente não ter essa dúvida de ...porque quando ficar doente num tem mais jeito não. Então a gente tem que se prevenir, antes que aconteça algo pior. (USU 1)

“[...]ela me atendeu e me deixou muito a vontade gostei de conversar com ela/ disse as **minhas dúvidas**/ porque não sabia de muita coisa né [...]Falou sobre o HIV, como é que pega também, disse também que é para mim ter bastante cuidado que isso ai no ser humano é muito arriscado [...] Pra mim depois dessa consulta/ eu vou ficar muito esperto /e eu vou ser muito inteligente pra essas coisas [...]” (USU 9).

Nesses recortes, pontuamos que USU 1 declara que tem o conhecimento sobre a importância do preservativo e seu uso como uma forma de prevenção, porém salienta que não gosta de usar mas que todos deveriam utilizar, evitando a dúvida ou algo pior. Esse fato demonstra que, muitas vezes, mesmo tendo o conhecimento específico, assim como o esclarecimento das condutas adequadas, o usuário não segue o que é prescrito por inúmeras justificativas, dentre elas o fato de não gostar do preservativo.

Já o USU 9 revela que a apreensão sobre informações relacionadas ao HIV e as DSTs propiciaram um despertar para o conhecimento, pois ao apropriar-se de um saber pertencente ao âmbito científico, o sujeito acredita que irá ficar esperto, mantendo-se protegido, a fim de evitar possíveis situações de risco. Nesse sentido, Fairclough (2001) aponta que a apropriação de termos técnicos, adquirida pelo acesso à informação é uma tendência democratizante, que aparece nesse contexto como uma oportunidade de conhecimento de temas específicos da área, que podem auxiliar o usuário na prevenção do HIV/AIDS.

Destacamos que a informação no contexto da prevenção e assistência às DST e HIV/AIDS tem sido destacada pelo Ministério da Saúde e pelo Programa de Aids das Nações Unidas como uma importante ferramenta de prevenção, podendo contribuir inclusive para a redução do nível de estresse emocional, pois as pessoas têm oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos e conhecimentos (UNAIDS, 2007).

Assim, a espera por informação, esclarecimento e orientação é uma das demandas acolhidas no aconselhamento. Esses aspectos foram enfatizados, sobretudo no aconselhamento pré-teste, no qual os usuários relataram que tiveram informações sobre as formas de transmissão do vírus, sobre o uso do preservativo masculino e feminino e sobre outras doenças sexualmente transmissíveis (DST).

É notório que alguns usuários já haviam se submetido à testagem sorológica outras vezes e, portanto, ao aconselhamento, assim, supostamente, já estavam bem esclarecidos, enquanto outros revelaram ser a primeira vez que passavam pelo aconselhamento.

Observando os discursos, percebemos também que os usuários conheciam, de certa forma, o conteúdo exposto. Portanto, pode-se pensar que foram informados sobre a

infecção de HIV/AIDS e outras DSTs por meio das campanhas oficiais e nos mais variados meios de comunicação, como a internet, rádio, TV, jornais impressos, revista e outros. Pode-se, então, inferir pelos recortes a seguir que o aconselhamento em certos momentos é visto como um mero repasse de informações e orientações já amplamente divulgadas por outros meios, e que não há muitas novidades apresentadas.

“[...] foi tranquilo, tudo que ela falou, geralmente, era **uma coisa que eu já sabia já**. A história de como se pega e como não pega né. Mas ela só aconselhou que sempre tem que usar camisinha pra evitar as doenças [...]” (USU 1).

“[...] Ela perguntou se eu conhecia o que era o HIV/ como pegava/ **eu disse que sabia de muita coisa** (risos). Até porque eu olho muito as coisas na internet né, e tiro minhas dúvidas (risos) o velho Dr. Google né. Mas foi tranquilo [...]” (USU 3).

Vale salientar que essas informações devem ser contextualizadas, envolvendo a demanda do usuário a fim de promover uma discussão sobre o assunto, visando proporcionar reflexão sobre suas situações de risco/vulnerabilidade e contribuir para mudanças processuais, portanto, devendo o aconselhamento promover a capacidade de questionamento e reflexão das pessoas sobre sua vida, para que haja um maior envolvimento na prática do seu autocuidado, situação complexa que necessita de apoio constante dos serviços para se efetivar (BARROSO et al, 2010).

Caso isso não aconteça, o usuário será apenas um reproduzidor de atitudes engessadas, atentando-se somente ao discurso ditado pela profissional, não abrindo-se para reflexões que possam influenciar sua realidade de forma singular.

Uma forma de promover o envolvimento do usuário na proposta do aconselhamento é a construção de ambiente acolhedor que favoreça o estabelecimento de um diálogo, garantindo a manutenção do sigilo, a privacidade das informações e uma adequada abordagem acerca das situações de foro íntimo, voltando-se para a comunhão e a partilha de problemas e soluções (ARAÚJO et al, 2006).

“[...] ela me atendeu muito bem/ **olhava nos olhos/ muito acolhedora**/ sendo bem legal/ falou do sigilo/ me deixou muito segura né/ me ensinou o que eu devia saber, e me ensinou o que eu não sabia sobre as doenças. Foi bom mesmo. [...] ela me disse tudo que eu queria saber e como tenho que fazer para me cuidar [...]” ( USU 8).

Nesse trecho, o paciente revela atitudes positivas da profissional a fim de envolver sua demanda no aconselhamento, mostrando sua receptividade, via de regra, estabelecida junto aos usuários. Assim, identificamos que os profissionais promovem a cordialidade,

percebendo que esse busca ter uma atitude receptiva e uma sensibilidade para o fato de que, tais usuários, no momento de chegada ao serviço, trazem consigo uma considerável carga de fragilidade e angústia pessoal.

Essas atitudes/questões despontam para uma perspectiva humanista que diz respeito a empatia entre o sujeito e o profissional, ao não julgamento de comportamentos e assim, a condição positiva incondicional, ou seja, a aceitação do sujeito como ele é. Portanto, o enfermeiro mostra um esforço para romper com essa conjuntura, predominantemente, prescritiva, tentando proporcionar um maior acolhimento da subjetividade do paciente.

Porém, apesar dos enfermeiros proporem-se a tentar romper com essa conjuntura normatizadora, Foucault (2005) nos adverte que a escola, os hospitais são "instituições que tem em vista a docilização dos corpos, ou seja, mantê-los adaptados às demandas das formas modernas de produção econômica por meio da organização de procedimentos que se ordenam e se configuram através do sistema de poder-saber e que atuam como mecanismos de controle sobre a vida das pessoas. Ou seja, para sermos corpos dóceis precisamos aceitar o saber, sem qualquer reflexão ou crítica, através da modelagem de nossas condutas, disciplinares de nossos comportamentos, a fim de formatar aquilo que pensamos.

Após essas considerações, acreditamos que os usuários endereçam suas dúvidas, seus medos ao enfermeiro-aconselhador buscando meios de amenizar a inquietação que esses aspectos promovem. Porém, ao sustentar um aconselhamento que priorize a troca de informações relativas à transmissão do HIV, desconsiderando todas as implicações de ordem social, afetiva, emocional e de gênero, centrando o processo não na demanda do sujeito, mas no que o ele acredita que possa contribuir para uma maior conscientização em relação ao autocuidado, o profissional perde a oportunidade de conhecer o sujeito, inviabilizando considerar as peculiaridades do usuário.

Assim no momento das dúvidas em relação a uma possível soropositividade para o HIV, das dúvidas sobre aos aspectos clínicos-epidemiológicos do vírus e das DSTs, o aconselhamento deve ser visto sobre uma ótica mais ampla, abordando eventos cruciais do contexto dos indivíduos, como amor, sexo, confiança, relações de gênero, medos, desejos e não meramente apenas orientações de prevenção, tendo em vista a problemática do HIV/AIDS e a necessidade de mudança nas ações direcionadas a promoção e proteção da saúde atuais.

## 6.2.2 Formação discursiva – A demanda do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS: o alívio endereçado ao enfermeiro

*“Quem de seus males fala, alívio já desfruta”.*

*Pierre Corneille*

Essa formação discursiva diz respeito sobre a demanda do sujeito voltada para ordem psicológica, emocional assim como as expectativas envolvidas no momento do aconselhamento em HIV/AIDS.

Como já discutido, a AIDS provoca repercussões em nível psicossocial e econômico dos indivíduos e sociedade. Essa patologia percorre questões intrínsecas e de esfera subjetiva das pessoas, envolvendo valores, sentimentos e representações sociais, confirmando sua complexidade e a dificuldade da adoção de medidas efetivas de controle (SOEIRO, 2006).

Iniciaremos a discussão dessa formação discursiva dissertando sobre as ideias que os sujeitos atribuem ao HIV, revelando o impacto que seria a confirmação do teste no momento do aconselhamento. Utilizando-se metaforicamente de palavras como “bomba” e “desastre”, os usuários deixam claro a angústia e reviravolta que seria a entrega de um resultado positivo.

“[...] Eu, realmente, estava com muito medo né / de que esse teste fosse terminar né/ como uma **bomba**. Porque se desse alguma coisa/ Jesus! Ia ser uma **bomba na minha vida**. Depois de ficar esperando o teste né/ do atestado de que estava tudo bem (risos)/ foi tudo mais tranquilo. Mas até receber/ foi a treva [...] (USU 4).

“[...] porque eu estava com muito medo, nervoso, não conseguia pensar na ideia de **ter desastre** dessa na minha vida. [...] porque imagine né/ você saber o resultado horrível desse né / uma loucura na sua vida (USU 5).

Ao considerar essas enunciações, percebemos que o diagnóstico da soropositividade ao HIV envolve questões muito mais complexas, que não se restringem às vulnerabilidades do corpo físico e que se manifestam como propulsoras de angústia e sofrimento, tendo em vista as questões subjetivas que envolvem o sujeito. Destacam-se, neste contexto, as dificuldades frente ao processo de aceitação da doença, de adesão ao tratamento, assim como de seu enfrentamento mediante possíveis situações de preconceito e discriminação decorrente do estigma ainda amplamente difundido no meio social.

A partir desse contexto, Coelho (2006) sinaliza que o limiar entre a simplicidade e a complexidade que envolve o aconselhamento irá se configurar de acordo com a maneira como é conduzida pelo profissional, uma vez que o cuidado tem raízes na pessoa humana e na motivação. Além dos conhecimentos técnicos, precisa-se conhecer como os pacientes (con)vivem, resistem e sobrevivem a doença, a dor, a alegria, a tristeza, o sofrimento, as angústias, os prazeres, a fragilidade, enfim, lidar com a pessoa e a sua diversidade.

Trazendo a escuta como uma possibilidade de aproximação com os usuários, Filgueiras e Deslandes (1999) pressupõe que essa torna-se uma habilidade essencial do profissional em propiciar um espaço que possa acolher a subjetividade do paciente, favorecendo que ele expresse aquilo que pensa e sente em relação a sua situação de saúde, respondendo às reais expectativas e necessidades deste. Dessa maneira, o aconselhamento em DST/AIDS visa promover apoio emocional ao cliente, ajudando-o a lidar com problemas de ordem afetiva (relacionados com a sua situação de saúde), reconhecendo e potencializando seus recursos internos para tal.

Nesse contexto, os discursos dos sujeitos retratam essa demanda de ordem afetiva, revelando sentimentos de nervosismo e angústia no momento da testagem sorológica. Fica claro, que essa situação torna-se tão preocupante para o sujeito que, apenas, o fato de ir ao encontro do profissional, ele percebe ali um caminho de alívio, pois seu sofrimento será concretizado em formas de palavras através da sua escuta pelo profissional.

“[...] Eu consegui falar tudo/ **desabafei** mesmo (risos) Até porque eu tava muito nervoso, com dor de barriga e tudo. Tinha que **colocar aquela minha agonia pra fora**. E ela até que me **tranquilizou**/me **escutou**, disse que eu tinha dado o primeiro passo que era procurar fazer o teste, que de algum modo né /eu já tava tendo coragem, porque muitos não tem coragem né/ de fazer, com medo de saber de alguma coisa [...]” (USU 1).

“[...] Fiquei muito a vontade de perguntar e de conversar. Até **desabafar** com ela eu desabafei. Disse meus medos. Foi importante porque me senti bem mais **aliviada** [...]” (USU 8).

Essas enunciações delineiam a representação da realização do teste anti-HIV para os usuários que utilizam, metaforicamente, “colocar aquela minha agonia pra fora”, configurando essa situação como aquela que, praticamente, consome, corroe o sujeito por dentro, havendo a necessidade de desabar, de exteriorizá-la de alguma forma. Após encontrar uma via de alívio, no caso, a escuta, o sujeito perpassa pela construção de uma subjetividade singular transversal e a produção de novos modos de sensibilidade e de relação com o outro.

Enfatizamos que a escuta não é apenas constituída de palavras ou conceitos vazios, é um dispositivo de produção de sentidos, minimização da angústia pela escuta de si que passa pelo fato de ser escutado pelo outro, podendo ser considerada uma das ferramentas da enfermagem para a construção do cuidado clínico subjetivo (LIMA, 2012).

Dentre alguns aspectos que favorecem esse processo de escuta, buscando construir uma relação de confiança, o profissional emprega a não avaliação e o não julgamento de atitudes, sendo colocadas pelos usuários como atitudes que favoreceram uma maior interação, abrindo um espaço para um diálogo.

“[...] O diálogo foi ótimo/ ela me deixou bem à vontade para falar/ disse que **não estava ali para avaliar**/ ou **julgar ninguém**/ pelo contrário/ queria era ajudar. E ajudou mesmo viu/ Porque estava bem nervoso/ e sai de lá bem mais leve [...] (USU 4).

“[...] eu achei que fosse mais **constrangedor**, porque sei lá parece que a gente fez alguma **coisa errada** né/ e vem aqui saber se coisa errada deu errada mesmo (risos) Mas pelo contrário, **ela não demonstrou nenhuma atitude de julgamento**/ me senti confortável em conversar essas coisas com ela [...] (USU 9).

Esses trechos transparecem que o fato de verbalizar ou demonstrar que o aconselhamento não trata-se de uma avaliação de comportamentos, não tendendo a julgar o usuário pelas “coisas erradas”, favorece a confiança do usuário no profissional, permitindo-o conhecer um pouco da sua história e de seus problemas por meio do diálogo.

Nesse sentido, Silva, Alvim e Figueiredo (2008) reforçam que ações direcionadas a aspectos essenciais à relação humano-humano como a conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de ideias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, estar atenta aos desejos e reivindicações do promovem a construção de um vínculo entre a enfermeira e o paciente no espaço do cuidado.

No recorte a seguir, percebemos essa relação pautada na preocupação com o outro, buscando a constituição de um vínculo por meio da escuta e do diálogo. O usuário retrata como se deu o momento do aconselhamento e sua percepção sobre a ação de escutar da profissional, confirmando a formação de uma “ligação”, comparando-a com a relação entre “amigas”:

“[...] foi a primeira vez que fiz o teste/ e imaginava que ia ficar muito nervosa /que não conseguiria falar nada/ mas me sentir muito à vontade/ ela mostrou que estava se importando com a minha história/ me escutou/ e a conversa fluiu /como se fosse uma **conversa de amigas**/ a gente teve realmente né/ **uma ligação** [...]” (USU 10).

A partir do exposto, ponderamos que o aconselhamento busca fundamentar-se no estabelecimento de um diálogo, uma conversa, uma reflexão sobre interesses diversos entre o profissional e o paciente; onde se busca a construção de relações humanizadas, a conscientização do seu papel no cuidado e a amenização de conflitos através da escuta sem julgamentos, “escuta que busca a compreensão mútua sem procurar culpados e inocentes” (D’OLIVEIRA, 2009, p.1045).

Em contrapartida a esse aconselhamento que visa a subjetividade do usuário, citamos o trecho a seguir no qual um usuário formaliza uma crítica em relação ao aconselhamento pautado no repasse de informações, enfatizando uma maior importância do direcionamento da atuação do profissional a demanda emocional.

“[...] Num sei/achei a **conversa um pouco repetitiva** sabe?/ Tipo, use camisinha sempre./ Isso todo mundo já sabe né/ acho que **poderia ser mais algo voltado relacionado ao sentimento** da gente nesse momento/ mas tem muita **gente que não gosta de escutar** o problema dos outros, que tem tanto problema que não sabe nem o que escutar, mas enfim somos todos seres humanos né/ ninguém é perfeito [...]” (USU 6).

Essa enunciação reforça a tentativa de modelagem de comportamentos por parte de alguns profissionais, pois ao utilizar a repetição como estratégia de intervenção. Percebemos a utilização de uma educação bancária, que tem por finalidade manter a divisão entre os que sabem e os que não sabem, entre os oprimidos e opressores. Em outras palavras, esse processo tende a domesticar o sujeito minimizando sua autonomia (ANTUNES, 2013).

Após retratarmos as expectativas e percepções dos usuários em relação ao acolhimento de sua demanda pelo profissional, apresentaremos os discursos dos usuários referentes ao momento da entrega do resultado do teste anti-HIV. De certa forma, todos expressaram parafrasticamente uma sensação de alívio, porém colocaram de forma polissêmica esse momento em seus discursos:

“[...] Esse momento/com certeza significou **alívio/ livramento de uma bomba**/ com certeza. Porque você ficar esperando né/ um resultado que você sabe que pode mudar totalmente sua vida né/ que as pessoas vão ti olhar de outra forma/ por causa da doença/ que é diferente de outras doenças/ que geram na pessoa aquele sentimento de pena né/ o HIV não o pessoal olha é com medo/ julgando/ com nojo/ sem saber de nada/ como foi/ é osso viu. Mas ainda bem que deu certo! [...]” (USU 4).

“[...] Acho que esse momento pra mim se resume em uma palavra **liberdade**/porque agora eu estou livre dessa dúvida que estava me matando por dentro/ é engraçado, porque é essa sensação que eu estou sentindo agora/ de liberdade mesmo. Eu vou

tomar mais cuidado agora/ porque essa sensação de que você pode receber essa notícia ruim a qualquer momento é muito ruim, você não consegue se concentrar em nada, fica só com o pensamento naquilo, é muito ruim [...]” (USU 6).

“[...] Com certeza foi um momento de **descarrego**/ de **alívio** (risos) porque parece que **saiu um encosto** de mim. Todos os dias até receber o resultado eu amanhecia ansiosa, dormia ansiosa/pensava direto nisso/ nessa hora/ mas ainda bem que não recebi nenhuma surpresa [...] (USU 10).

Os termos “livramento de uma bomba” e as expressões “liberdade” e “descarrego” revelam a carga emocional que uma dúvida em relação ao status sorológico pode desencadear. Nesses recortes, salientamos por meio do discurso do USU 4 a percepção sobre a visão da sociedade diante de indivíduo soropositivo, que retrata a questão do preconceito e do estigma como algo que ainda permanece presente no meio social e que torna-se um dos medos do sujeito, ser visto de forma diferente, devido a uma doença que liga-o a imaginários sexuais inadequados.

De forma enfática, os USU 6 e 10 expressam a sensação de um livramento de uma dúvida, da retirada de um “encosto” após o conhecimento do resultado, comprometendo-se que após a vivência dessa aflição, dessa ansiedade, eles iriam buscar formas de se cuidar mais, a fim de não submeter-se a essas situações novamente.

Outros pacientes de forma parafrástica evidenciaram em seus relatos que esse resultado era justificado pela presença da crença no poder divino, o que exerce influência considerável, na expectativa de manter-se seguro, não havendo possibilidades de risco ou exposição ao vírus, pois Deus não iria permitir um acontecimento que o fizesse sofrer.

“[...] Mas deu tudo certo né, graças a deus, quando ela disse negativo, agradei a **Deus**, porque eu sabia que ele não ia deixar isso acontecer, porque o HIV né querendo ou não é uma doença que mexe não só com a tua saúde mas mexe com toda tua vida né. O povo pode te olhar de forma desviada né / isso é triste, mas ainda bem que deu certo [...] (USU 3).

“[...] Pra mim foi um/ foi um alerta pra mim / de Deus/ porque antes eu não sabia de quais nada. E **Deus** colocou essas pessoas na minha vida para que eu pudesse aprender várias coisa/ e não me colocar mais em risco né. Esse resultado é uma segunda chance que Deus me deu [...] (USU 9).

Vale salientar que nos casos de resultado negativo, os usuários tendem a se sentir protegidos, desconsiderando, assim, as situações de exposição que os conduziram ao serviço. Isso pode levá-los a transitar em novos sistemas de exposição, com a falsa sensação de imunidade, ou contribuir para uma busca repetitiva na realização de novos exames. Nesse caso, a necessidade de repetição de exames num curto espaço de tempo poderia ser entendida

como uma falha no atendimento do CTA, diante do seu caráter tipicamente preventivo e que deve privilegiar um plano de ação diante do sistema de vulnerabilidade do sujeito (SOUZA et al, 2008).

Reforçando esse caráter preventivo, os usuários enfatizaram que após a entrega do resultado os profissionais enfatizaram as medidas normativas para a redução do risco ao HIV, através do uso do preservativo, conjugando, assim, considerações limitadas ao aspecto informativo-prescritivo; de pouca profundidade.

“[...]Ela me passou detalhes /e me deu a boa notícia/ boa não/a melhor notícia que eu podia receber. O resultado do exame deu não reagente. Fiquei aliviado /demais/ demais/ demais mesmo. [...] Ai depois **ela disse que eu tinha usar camisinha sempre**, porque algum momento podia né/ positivo né/ e é isso que eu vou fazer/ usar sempre camisinha [...] (USU 7)

“[...] Ai né, depois que eu soube do resultado, **ela me explicou como eu poderia me cuidar né, que a melhor forma era usando camisinha**. Eu já sabia né, porque hoje a gente é muito atendida com essas coisas, mas o negócio é fazer né ( risos)/ mas agora eu fazer mesmo [...] (USU 11)

Porém, realçamos que o aconselhamento está para algo além da informação, pois o conhecimento não garante mudanças. O que está em jogo faz parte de uma outra ordem que o sujeito não acessa, não dependendo somente do trabalho do enfermeiro para fazer algo acontecer. Assim, o aconselhamento acaba desempenhando um papel importante na divulgação de informações relativas à transmissão do HIV, porém nem sempre consegue promover uma reflexão no sujeito, pois a mudança desses padrões está para além do binômio “informação - vontade”.

Pupo (2007) enfatiza que a adoção de um determinado comportamento envolve uma escolha, associada à vontade individual, como também às condições socioestruturais e culturais que facilitam ou dificultam a possibilidade de determinada escolha a ser realizada, assim uma relação sexual não é apenas um ato físico com trocas de fluidos corpóreos, é um evento emocional para o indivíduo que expressa sua condição de recursos de natureza cultural, econômica, política e emocional.

Nessa perspectiva, é necessário que o aconselhamento promova uma ruptura com esse enfoque mecânico e controlador, vislumbrando aspectos dialógicos de práticas sociais que se configuram como espaços em que o eu pode se constituir enquanto projeto reflexivo, associando-se a um processo que proporciona um ímpeto básico às mudanças (GILDENS, 2002).

Portanto, para além da capacidade informativa, confirmadamente atribuída ao aconselhamento, o desafio é a deixar o paciente falar sem a necessidade de inculcações e modelações de comportamentos padronizados, afim de constituir uma assistência geradora de processos reflexivos, que permita-se aproximar dos eventos associados à vida, aos desejos, enfim da subjetividade do sujeito.

### **6.2.3 A passividade do sujeito aconselhado: o endereçamento da dúvida e do alívio ao enfermeiro no aconselhamento em HIV/AIDS**

Para situarmos como pensamos o discurso dos pacientes acerca do aconselhamento em HIV/AIDS retomamos o conceito de formação ideológica de Pechêux, que remete à estrutura na qual se fundam as diversas formações discursivas encontradas, determinando o que pode e deve ser dito a partir de uma posição que o discurso ocupa numa conjuntura dada (PÊCHEUX, 1997).

Portanto, a partir da análise dos processos discursivos definidos como um conjunto de enunciados na medida em que se apoiam em uma mesma formação discursiva, pudemos delinear as formações discursivas existentes nesse cenário assim como suas relações com a ideologia, o que nos permitiu compreender como se constituem o sentido desse dizer (FOUCAULT, 2005)

Neste estudo foi possível identificar a existência de duas formações discursivas que emergiram através do processo de análise, sendo estas “A dúvida como o movimento do sujeito e as suas circularidades no aconselhamento em HIV/AIDS e a “A demanda do sujeito no aconselhamento em HIV/AIDS: o alívio endereçado ao enfermeiro.

Da primeira formação discursiva emergiu a circularidade da “dúvida”, no sentido, que os sujeitos que vivenciaram o aconselhamento em HIV/AIDS endereçam suas dúvidas relativas ao seu próprio status sorológico como também as dúvidas sobre aspectos científicos e preventivos referentes às DSTs ao enfermeiro, na tentativa que esse possa de alguma forma proporcionar-lhe algo que falta, algo que possa amenizar o mal-estar que se instaura naquele momento.

Todo esse mal-estar descrito como um “temor”, um “medo” provocado pela “dúvida” salienta a construção imaginária da AIDS no meio social, uma vez que a aids ainda é associada a alguns grupos específicos de pessoas (homossexuais masculinos e profissionais do sexo, por exemplo), tornando, muitas vezes, a busca por uma testagem sorológica “constrangedora”.

A existência de toda essa tensão entre a prevenção e o risco, ou seja, de um lado, a racionalidade, a ciência, a prevenção, o preservativo. De outro, a emoção, o prazer, a espontaneidade, o sentimento, o “vacilo”, “as coisas erradas” demonstram a complexidade do cenário que o aconselhamento atua, mesclando imperativos psíquicos, sociais e culturais.

Porém, ao ir ao encontro do enfermeiro no aconselhamento buscando amenizar o mal-estar, a tensão instaurada, o sujeito depara-se com um profissional que escuta seu sofrimento, proporcionando um diálogo que acolhe a sua demanda, os seus questionamentos, buscando construir uma relação de confiança, a partir do não julgamento de comportamentos como também com um profissional que busca a obtenção de uma confissão, por meio de um interrogatório, repassando as informações necessárias para o sujeito, a fim de determinar quais comportamentos devem aderidos, modelando, assim, o seu modo de viver.

Nesse contexto, possível estar presente uma forma de passividade, pois ao endereçar sua dúvida, esse sujeito torna-se um consumidor de um saber que é imposto de fora, pela própria instituição que decide sobre suas necessidades e demandas, no qual o enfermeiro é convocado a ocupar uma posição de que tamponamento esse mal-estar através da informação, prescrição e condução de atitudes a serem seguidas, sendo, atribuído ao sujeito uma condição de passividade.

Na segunda formação discursiva, a demanda do sujeito no aconselhamento volta-se para a busca de um alívio que é endereçado ao enfermeiro. É retratado o impacto emocional que a imagem de uma possível confirmação sorológica para o vírus HIV suscita no sujeito, nominando esse acontecimento como uma “bomba”, um “desastre”.

Considerada um meio de alívio, a escuta é citada como uma possibilidade de acolhimento dessa demanda de ordem afetiva, emocional, que foge do conhecimento científico, buscando um “desabafo”, uma forma de “colocar a agonia para fora” do sujeito, no qual o profissional apoia-se em atitudes humanistas, buscando aceitar o sujeito como ele é, propiciando que ele possa atuar ativamente no seu próprio cuidado.

Porém, é constatado que algo foge desse aconselhamento pautado em uma perspectiva humanista, que desliza por meio de uma tentativa de reforçar a modelagem de comportamentos por meio da repetição de conhecimentos e comportamentos a fim de propor mudanças que não levam em consideração a própria demanda do sujeito, mantendo, assim, uma educação bancária como pano de fundo.

Enfim, ao conhecer seu status sorológico, os sujeitos expressam com intensidade as sensações de alívio que emergem nesse momento através da metáfora “livramento de uma bomba” e das expressões “liberdade” e “descarrego” que também são endereçadas ao

enfermeiro. Nesse momento, os pacientes também destacaram que os profissionais reforçaram as medidas normativas para a redução do risco ao HIV, alertando que eles não estavam livres de adquirir alguma doença sexualmente transmissível.

Nesse contexto, destacamos que os pacientes acreditam que os profissionais possuem dispositivos que possam promover um alívio, por isso que esse lhe é endereçado, ocupando o sujeito novamente uma posição passiva diante do enfermeiro e que os profissionais acreditam que podem promover as mudanças através do conhecimento, porém não percebem inúmeros aspectos que estão em jogo para que esse objetivo concretize-se. Constatamos, assim, que o aconselhamento está para algo além da ordem científica, envolvendo variáveis que não podem ser mensuradas, como a própria ordem do sujeito.

Aqui também colocamos que a enfermeira pouco faz para que esse movimento de passividade do paciente seja desconstruído. Influenciada pela educação bancária, e fundamentada pelo modelo biomédico a Enfermeira sustenta seu lugar de saber poder não conseguindo devolver ao paciente suas questões para que este seja responsável pela sua vida.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após analisarmos os discursos das enfermeiras e pacientes, vislumbramos uma lógica de passividade que interliga todo o cenário do aconselhamento em HIV/Aids.

Trazendo, inicialmente, essa perspectiva para o discurso dos enfermeiros percebemos que a disciplina e o humanismo amparam os dizeres de forma parafrástica., podendo ser identificado em diversas enunciações, quando o enfermeiro “explica”, “orienta”, “ensina”, e em outros momentos ele “escuta”, “acolhe”, “aceita incondicionalmente”. Porém, no entremeio desses discursos encontramos algo que desliza, que escapa, e interpela a ideologia, revelando o que muitas vezes surge interdiscursivamente, cristalizado nos discursos.

Nesse momento, percebemos que o enfermeiro busca manter sua posição de saber-poder ao “inculcar” o sujeito, mantendo-os como depósitos de conhecimento e informações, já esperando que estes recebam pacientemente, memorizem e reproduzam os comportamentos e saberes que foram prescritos, atuando, assim, em nome da ciência, pois esta decreta que o sujeito deve ocupar uma posição de receptor de orientações e o enfermeiro aquele que dita os comportamentos a serem seguidos.

Vale salientar que manter a passividade do sujeito nessa prática é cômodo e oportuno para o enfermeiro, pois provocar questionamentos e reflexões, levam a possibilidades de incertezas em relação a ciência, trazendo à tona pensamentos e questões do sujeito, ou seja, sua subjetividade que poderiam dificultar a modelagem de comportamentos.

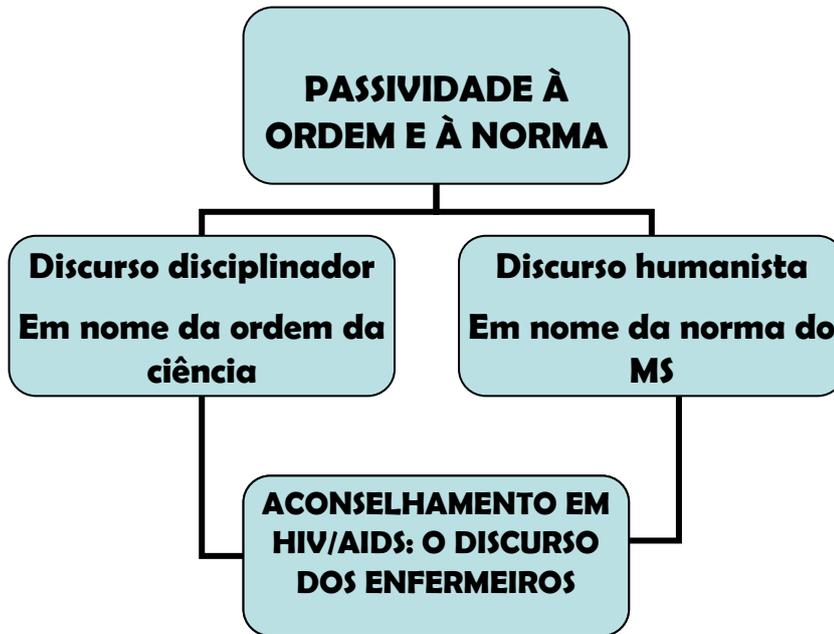
Porém, o profissional tentar romper com essa abordagem disciplinadora, procurando ocupar um papel que propõe que ele acolha uma demanda emocional, trazendo a verdade do sujeito através da sua escuta, tendendo a docilizá-lo. Porém, o enfermeiro está novamente às ordens de uma autoridade, apoiando-se em um manual de aconselhamento em HIV/Aids, que busca ações voltadas para centralidade no sujeito, porém que acabam tendo, na verdade, como centro o enfermeiro que normatiza os passos e objetivos a serem percorridos no AC.

Aqui, as condições de produção de discurso são os componentes externos que se agregam e versam uma prática que aprisiona, modela, reproduz em nome de uma autoridade, uma hierarquia de poder, estando o profissional às ordens da norma que regem a prática do aconselhamento.

Assim, percebemos que apesar de estarem ocupando um espaço de saber-poder, por estarem detendo o conhecimento, as enfermeiras estão sujeitas à uma ordem maior,

ocupando uma posição de passividade diante da ciência e da norma, pois realizam funções que também lhe foram ditadas e incumbidas, sendo, assim, cobradas tanto pela política ministerial como pela sua própria instituição.

Ilustração 1 – Organograma das formações discursivas dos enfermeiros



FONTE: Produzido pela autora.

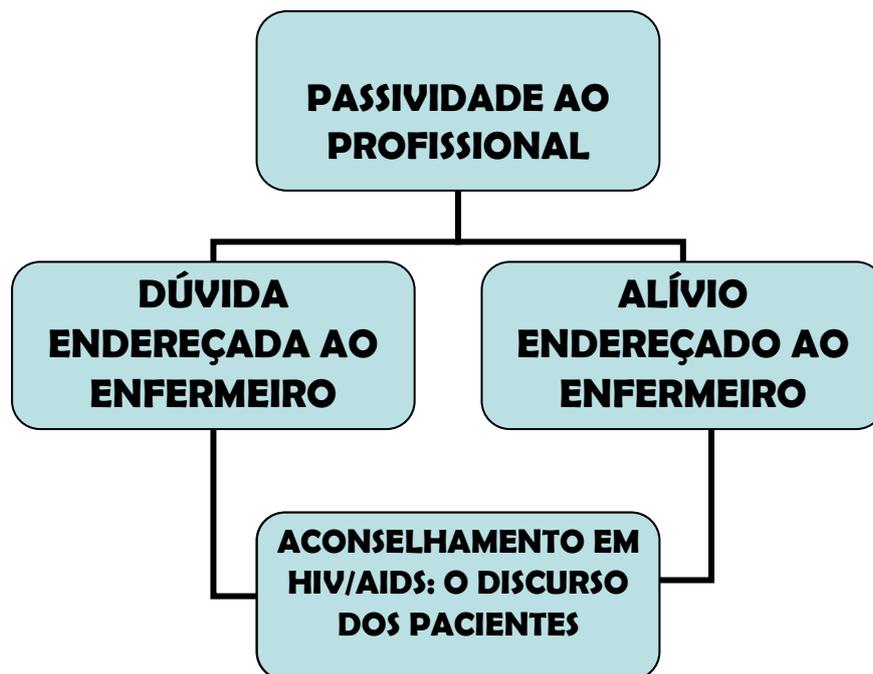
Já nos discursos dos pacientes verificamos que a demanda apresentada no aconselhamento em HIV/Aids, trata-se de uma ordem voltada, predominantemente, ao emocional, ao sensitivo. A vivência de uma possível soropositividade para o HIV, a forma como lidar, caso esse teste seja positivo, dentre outros questionamentos entram as dúvidas que emergem do paciente. Nesse contexto, os pacientes buscam a testagem, e conseqüentemente, o aconselhamento endereçando ao enfermeiro todas essas perguntas, inquietações que o movimentam naquele momento, como uma forma de encontrar uma verdade que possa auxiliá-lo naquele momento.

Concomitantemente, os medos dessa “bomba”, desse “desastre”, ocasionam ao paciente, uma angústia que corroe, um mal-estar que precisa ser exposto para que o paciente encontre formas de lidar com ela e para que também ela seja minimizada. Novamente, os pacientes acreditam que o enfermeiro ocupa um lugar que irá propiciar esse alívio almejado, por isso o endereçam também ao enfermeiro.

Nesse contexto, vislumbramos também algo que diz respeito a passividade do sujeito no aconselhamento em HIV/Aids, já que tanto as dúvidas como o alívio são

endereçadas ao enfermeiro, tornando, assim, o paciente um receptor de um saber que é imposto pela ciência que demanda e questiona por ele, não abrindo espaços para que a sua subjetividade seja considerada, mantendo, de tal modo, o controle sobre o sujeito. Assim, essa condição de passividade atribuída ao sujeito é reforçada, na medida que, o enfermeiro ocupa uma posição de tamponamento desse mal-estar através da informação, prescrição e condução de atitudes a serem seguidas.

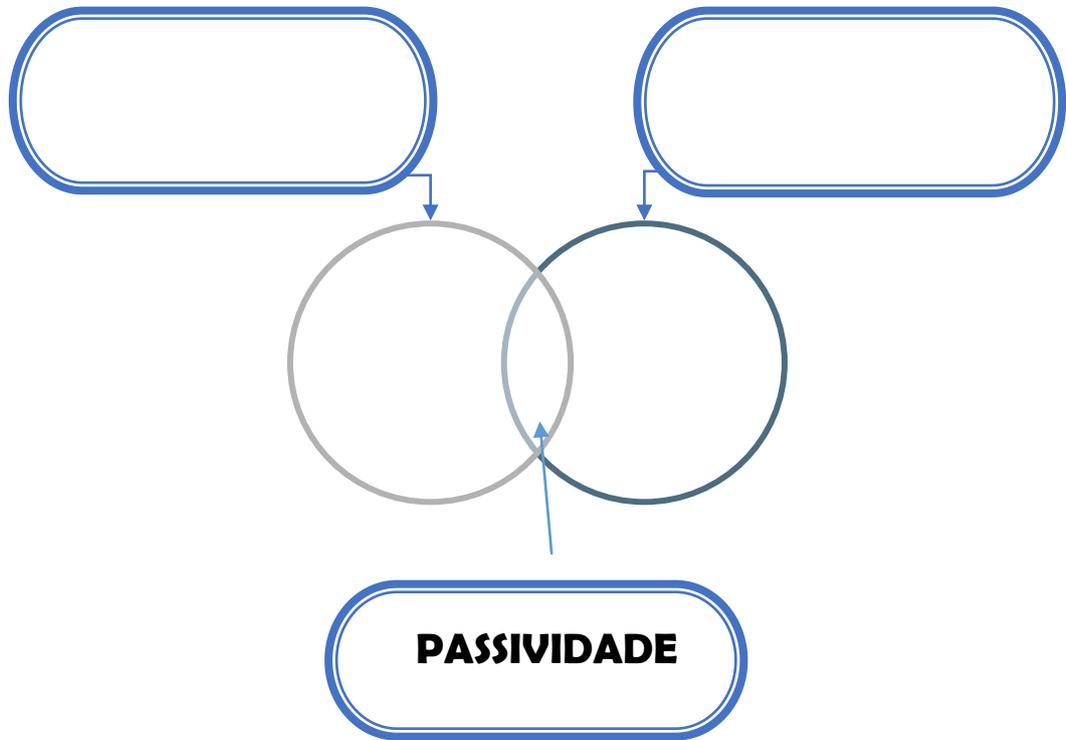
Ilustração 2 - Organograma das formações discursivas e da lógica discursiva dos usuários



FONTE: Produzido pela autora.

Enfim, ao analisarmos os discursos consideramos que o aconselhamento em HIV/Aids sustenta uma ideologia que mantém a **passividade** dos sujeitos que vivenciam a prática, ou seja, tanto o paciente como o enfermeiro estão submissos à uma ordem, ocorrendo, assim, um efeito em cadeia, no sentido que há sempre uma hierarquia sob a outra, havendo sempre um oprimido e em opressor, no qual as condições históricas, políticas e sociais irão determinar as posições de cada um. Esse contexto tende a minimizar, muitas vezes, a possibilidade de rompimento com essas conjunturas, já que elas engessam pensamentos, ações, comportamentos, mantendo o controle sob os sujeitos.

Ilustração 3 – Organograma sobre a ideologia da passividade no aconselhamento em HIV/Aids



FONTE: Produzido pela autora.

Após a compreensão da construção ideológica que atravessa os discursos dos enfermeiros e sujeitos no aconselhamento em HIV/Aids, possibilitando o conhecimento dos entremeios dos dizeres, assim como os constituintes ideológicos este estudo oportunizou conduzir reflexões e novas possibilidades de recriação da prática de aconselhar em HIV/Aids.

Assim, apesar do aconselhamento em HIV/Aids ser marcado por esses referenciais engendrados nas tramas do complexo sistema biomédico, capitalista, acreditamos que ele é um mobilizador de inquietações tanto para os enfermeiros como para os sujeitos e que é possível escapar dessas determinações que massificam, padronizam, traçando linhas de fuga que indiquem novas direções para a existência. Porém, qual caminho, qual estratégia poderá romper e superar esse aconselhamento normativo, prescritivo?

Talvez pensar em um aconselhamento que sustente um discurso emancipatório, no sentido que haja um deslocamento da posição de passividade à norma ocupada pelo profissional, permitindo-se, assim, este buscar novos sentidos que o façam questionar e provocar sua prática. Para isso, o enfermeiro deve considerar que o aconselhamento é um encontro de subjetividades, no sentido, que ele está implicado assim como o sujeito, devendo

pois busca-se uma dimensão do para além da cognição, vislumbrando o afeto, o desejo demandados pelo sujeito.

Nesse contexto, deve haver também uma movimentação do sujeito de tal modo que este não consinta em ser “inculcado” pelo enfermeiro, e sim escutado, pois, é através da fala de cada sujeito que se pode estabelecer uma aproximação com o seu sofrimento, correlacionando-o à sua história de vida e às significações que este mesmo sujeito atribui ao seu adoecimento, assim sendo capaz de produzir-se efeitos que presentifique o desejo do sujeito no AC.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. T, SILVEIRA, L. C, DOURADO, S. M. N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 3, p.622-628, 2011.
- ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. Dissertação de mestrado. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2009.
- ALMEIDA, M. A. **Competências e o processo ensino-aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem**: concepções de docentes e discentes. Tese de doutorado. Porto Alegre (RS): Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
- AMADOR, D. D, GOMES I. P, COUTINHO S. E. D, COSTA, T. N. A, COLLET, N. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enferm**. v. 20, n. 1, p. 94-101, 2011.
- ANTUNES, C. **Professores ou proffessoauros: qualidade e progresso ou estagnação e retrocesso** - Em breves palavras. Rio de Janeiro: Rovellet, 2013.
- ARAÚJO, C. L. F. A prática de aconselhamento em DST/ AIDS e a integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 145-68.
- ARAÚJO, C. L. F, CAMARGO JÚNIOR, K. R. **Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e práticas**. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 2004.
- ARAÚJO, M. A. L; FARIAS, F. L R; RODRIGUES, A. V. B. Aconselhamento pós-teste anti-HIV: análise à luz de uma teoria humanística de Enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, dez. 2006 .
- ARRUDA, C.; SILVA, D. M. G. V. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 5, p 758-766, 2012.
- AUTHIER-REVUZ, J. Heterogeneidades enunciativas. In: **Cadernos de estudos lingüísticos**. Campinas: IEL, 1990.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, v.18, supl.2, p. 11-23, 2009.
- AYRES, J. R. C. M, FREITAS A. C, SANTOS M. A. S, SALETTI FILHO H. C, FRANÇA JÚNIOR, I. Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers. **Interface – Comunic, Saude, Educ**. v. 7, n. 12, p. 113-28, 2003.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Dibio. Brasília: Liber Livro; 2007.
- BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Rev Eletrônica Psicol**. n. 4, jul. 2004 [acesso em 16 set 2013]. Disponível em: [http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia\\_cog.pdf](http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf).

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saude e Sociedade.**, v. 11, n.1, p.67-84, 2002.

BARROSO, L. M. M; SOARES, A. P; SOARES B. C; ARAÚJO, M. A. L, SILVA, D. M. A. Percepção dos usuários acerca do aconselhamento pré-teste anti-hiv em uma unidade de referência em Fortaleza, Ceará. **Rev Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 23-29, dez. 2010.

BASTOS, A. B. B. I. **A construção da pessoa em Wallon e a constituição do sujeito em Lacan.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BERG, R. Medicina, Freud e obesidade: diálogos multidisciplinares sob a perspectiva de Foucault. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-196, 2011.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M. F. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governabilidade. **Psicol Soc.**, v. 22, n.1, p. 5-13, jan-abr. 2010.

BRAGA, M.T; CARVALHO, R. N; AZEVEDO, E.B; COSTA, L. F. P; GUERRA, C.S; CAVALCANTI, P. B. Aconselhamento em foco: desafios e perspectivas de aconselhamento em HIV/AIDS. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 13-22, 2013.

BRAGA, E. M.; SILVA, M. J. P. Comunicação competente – visão de enfermeiros especialistas em comunicação. **Rev Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 4, p. 410-414, out-dez. 2007.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009.** Art. 5º. De 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. [citado 2013 Out. 13] Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 59-62 , 12 Dez. 2012. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando prevenção e assistência.** Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/tipo\\_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids). Acesso em: 20 set. 2013.

BURTON, A. **Teorias operacionais da personalidade.** Rio de Janeiro: Imago; 1978.

CARNEIRO, M. M. F. **Para uma educação filosófica:** a pedagogia da pergunta de Paulo Freire e Antonio Faundez. **Rev Eros.** v.1, n.1, p.74-85, 2013.

CASAGRANDE, M. C. **O nome da gente.** Pequenas estórias: subjetividades loucas e poéticas. São Paulo: Escuta, 2011.

- COELHO, M. J. Maneiras de cuidar em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 6, p. 745-51, 2006.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I.; AMANTE, L. N.; COSTA, E.; BOCK, L. F. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n.4, p.661-669, out-dez. 2009.
- COUTINHO, A. H. S. A. Contratransferência, perversão e o analista in-paciente. **Reverso**, v. 26, n. 51, dez. 2004.
- CRUZ, M. S. Pelas vias da cidade: espaço, memória e produção de subjetividades. In: MILANEZ, N.; SANTOS, J. J. (Org.) *Análise do discurso: sujeito, lugares e olhares*. São Carlos: Claraluz, 2009. p. 75-81.
- D'OLIVEIRA A.F.L.P. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.
- DOCKHORN, C. N. B. F; MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Desamparo e dor psíquica na escuta da psicanálise. **Barbarói.**, v. 27, pp. 25-42, 2007.
- FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. 2. ed. Brasília: UnB; 2008.
- FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2000.
- FIGUEIRA, S. A. **Contratransferência: de Freud aos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Health education in the context of family health from the user's perspective. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.41, p.315-29, 2012.
- FONSECA, P. L.; IRIART, J. A. B. Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 16, n. 41, p. 395-407, 2012.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Tradução: Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- \_\_\_\_\_. **A Hermenêutica do sujeito**. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- \_\_\_\_\_. **A arqueologia do Saber**. 7°ed. Tradução Luiz Felipe Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42° ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FREIRE, P. FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREUD S. [1913] Sobre o início do tratamento. In: **O caso Schreber e artigos sobre técnica**. Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v.XII. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

GALINDO, W. C. M; FRANCISCO, A. L; RIOS, L. F. Proposições para a formação de aconselhadore em HIV/Aids. **Rev Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 741-761, 2013.

GARCIA-ROZA, L. A. Freud e o inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GIDDENS A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, A. M. T. O desafio da Análise de Discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev Enferm UERJ.**, v. 14, n. 4, p. 620-626, 2006.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro: outubro/dezembro, 2007. p. 555-562.

HEGEL, G.W.F. **Fenomenologia do Espírito**. Petrópolis RJ. Vozes, 1992.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm.**, v. 59 (esp), p.403-10, 2006.

LACAN, J. **O Seminário – Livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LEITE, A. J.M.; FILHO, J. M. C. **Você pode me ouvir, doutor?** 1ºed. São Paulo: Saberes; 2010.

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. Ed. Florianópolis: editora Soldgaft, 2006.

LIMA, D. W. C. LIMA. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

LUNARDI, V. L. **A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem**. Pelotas: editora da UFPel, Florianópolis: UFSC, 1999.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta na Psicanálise e a Psicanálise da escuta. **Psychê.**, v. 9, n. 15, p. 65-76, jan-jun. 2005.

MARTINES, W. R. V; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 2, p.328-33, 2010.

MEYER, D. E. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: LOPES, J. M., MEYER, D. E., WALDOW, V. R. **Maneiras de cuidar**,

**maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1996. p.63-78.

MERHY, E.E. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (Orgs.) Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 276-300.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. A Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção Social da demanda.** CEPESC/ABRASCO, RJ, 2005.

MILNER, J. C. **O amor da língua.** Trad. Angela Cristina Jesuino. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MONTEIRO, S. S et al . Discursos sobre sexualidade em um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): diálogos possíveis entre profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, Jan. 2014 .

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A., COURTINE, J. J., VIGARELLO, G. **História do corpo: As mutações do olhar: o século XX.** 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NASIO, J. D. **O prazer de ler Freud.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Rev Bras Enferm.*, v. 64, n. 1, p. 185-188, 2011.

OLIVEIRA, D. C.; VIDAL, C. R. P. M.; SILVEIRA, L. C.; SILVA, L. M. S. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Rev Enferm UERJ.**, v.17, n.4, p.521-526, out-dez. 2009.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio:** no movimento dos sentidos. 5ª Ed., Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2002.

\_\_\_\_\_. **Análise de discurso:** princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Editora Pontes, 2005.

\_\_\_\_\_. **Interpretação:** autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2007.

\_\_\_\_\_. **Discurso e texto:** formulação e circulação dos sentidos. 3. ed. Campinas, SP: Pontes editores, 2008.

PATTERSON, L. E.; EISENBERG, S. **O Processo de aconselhamento.** São Paulo: Martins Fontes; 2003.

- PEQUENO, C. S.; MACEDO, S. M.; MIRANDA, K. C. L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Rev. bras. enferm.**, v. 66, n. 3, p. 437-441, jun. 2013.
- PINHEIRO, T. F., CALAZANS, G. J., AYRES, J. R. C. M. Uso de Camisinha no Brasil: um olhar sobre a produção acadêmica acerca da prevenção de HIV/Aids (2007-2011). **Temas psicol.** (Online); v. 21, n. 2, p. 815-836, 2013.
- PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-736, 2005.
- PUPO, L. R. **Aconselhamento em DST/aids**: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007.
- QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**: do desejo ao sintoma. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed; 2008.
- REIS, D.C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p.19-24.
- REIS, E. S. **De corpos e afetos**: transferências e clínica psicanalítica. Reis. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.
- ROGERS, C. **Sobre o Poder Pessoal**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
- SARFATI, G. E. **Princípios da Análise do Discurso**. 1ªed. São Paulo: Editora Ática, 2010.
- SANTOS, M. A. A transferência na clínica psicanalítica: a abordagem freudiana. **Temas psicol.**, v. 2, n. 2, p. 13-27, 1994.
- SANTOS, K. A. **Análise do discurso e psicanálise**: diálogos possíveis. Interfaces. Vol. 3 n. 1, jul., 2012.
- SANTOS, I.; CORRÊA, L. A.; CAMPOS, D. A. A consulta de enfermagem através da escuta sensível e diagnósticos de enfermagem para o autocuidado do cliente com insuficiência cardíaca. In: SANTOS, I.; DAVID, H. M. S. L.; SILVA, D.; TAVARES, C. M. M., organizadores. **Enfermagem em campos de prática em saúde coletiva**. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 271-81.
- SILVA, S. M. B. **O diagnóstico Anti-HIV no município do Rio de Janeiro**: Processos de Cuidado em Saúde. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2011.
- SARTRE, J. P. **O existencialismo é um humanismo**. 2. ed. São Paulo: Vozes; 1987.
- SARTRE, J. P. **O ser e o nada – Ensaio de ontologia fenomenológica**. Petrópolis: Vozes; 1997.

SCHEEFFER R. **Aconselhamento psicológico: teoria e prática.** 7. ed. São Paulo: Atlas; 1987.

SCHEEFFER R. **Teorias de Aconselhamento.** São Paulo: Atlas; 1983.

SIKKEMA, K. J.; BISSETT, R. T. Concepts, Goals and Techniques of Counseling: Review and Implications for HIV Counseling and Testing. **Aids Educations and Prevention.**, 1997; 9 (Sup B): 14-26, 1997.

SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano.** 11. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

SOEIRO, J. J. **Perfil epidemiológico dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em HIV/AIDS do estado da Bahia.** Dissertação (Mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2006.

SOUZA, B.M.B et all. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J Manag Prim Health Care**, v.1, n.1, p. 23-26,2010.

SOUZA, V. S; CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública.**, v.44, n.3, p. 441-447, 2010.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D.; NATIVIDADE, C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1536-44, Jul. 2008.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Boulder (US): University Press of Colorado; 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. [homepage na internet] Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>. Acesso em: 12 out. 2014

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A Psicologia Social e o Trabalho em Saúde. Natal: UFRN, 2008.

TEIXEIRA, E. **Cartografia simbólica do cuidado: reflexões à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos.** São Paulo: Martinari, 2008.

UNAIDS. **World Health Organization. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities.** Geneve; 2007.

VALDISSERI, R. O. HIV Counseling and Testing: Its Evolving Role in HIV Prevention. **AIDS Education and Prevention.** v. 9 (Sup B), p.2-13, 1997.

VALVERDE, C. **Comunicación Terapéutica en Enfermería.** Madri: DAE; 2007.

VASCONCELOS, E.M. Abordagens Psicossociais. V. 1: História, Teoria e Trabalho no campo. São Paulo: Hucitec, 2008

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab Educ Saúde.** v.9, n.1, p. 9-22, 2011.

VIEIRA, E. M.; FREIRE, J. C. Alteridade e psicologia humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. **Estud Psicol.**, v.23, n.4, p.425-432, 2006.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o enfermeiro

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“Aconselhamento em HIV/Aids e seus entremeios: os discursos de enfermeiros e usuários”**. O objetivo desse estudo é analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros e usuários que vivenciaram o aconselhamento em HIV/Aids.

Sua participação se dará através de uma entrevista semi-estruturada. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome dos profissionais que participam desse estudo, nem os locais de trabalho ou outra informação que possibilite a identificação dos participantes. Informamos que os riscos da pesquisa são mínimos e a pesquisadora estará atenta aos possíveis desconfortos, oferecendo apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los. Os riscos de sua participação poderão ser: constrangimento em expor suas percepções e ações de trabalho em relação ao aconselhamento em HIV/Aids. Para minimizar, a pesquisadora receberá você em um local reservado no Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, de modo a garantir a privacidade. Se mesmo assim, você permanecer com algum receio, a entrevista será suspensa e a continuidade ficará a seu critério. Serão ponderados riscos e benefícios. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois conhecer as formações discursivas sobre o aconselhamento em HIV/Aids, a que necessidades eles respondem, como se modificam e se deslocam, tem importância central para se compreender a prática do aconselhamento durante o encontro entre o enfermeiro e o sujeito que vivencia esse momento. Assim, buscaremos contribuir para a produção de novos saberes e discursos, na perspectiva de aprofundar e ressignificar as questões que permeiam a prática profissional e também as percepções dos usuários em relação ao aconselhamento em HIV/Aids. As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos. Garantimos ainda a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador de campo Clarisse Sampaio Pequeno, pelo telefone : (85) 8897.0138 ou pelo email: clarisse\_sampaio@hotmail.com, e ou com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Correa Lima Miranda pelos telefones (85) 9171.2310 ou e-mail: kfor026@terra.com.br

Caso concorde em participar do estudo, assine este documento, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisado

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o usuário do SAE

Caro (a) participante,

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada **“Aconselhamento em HIV/Aids e seus entremeios: os discursos de enfermeiros e usuários”**. O objetivo desse estudo é analisar os discursos produzidos pelos enfermeiros e pelos usuários que vivenciaram o aconselhamento em HIV/Aids.

Sua participação se dará através de uma entrevista semi-estruturada. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o nome ou outra informação que possibilite a identificação dos participantes. Informamos que os riscos da pesquisa são mínimos e a pesquisadora estará atenta aos possíveis desconfortos, oferecendo apoio e encaminhamentos necessários para minimizá-los. Os riscos de sua participação poderão ser: constrangimento em expor suas vivências, opiniões e sentimentos em relação ao aconselhamento em HIV/Aids. Para minimizar, a pesquisadora receberá você em um local reservado no Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/Aids, de modo a garantir a privacidade. Se mesmo assim, você permanecer com algum receio, a entrevista será suspensa e a continuidade ficará a seu critério. Serão ponderados riscos e benefícios. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois conhecer as formações discursivas sobre o aconselhamento em HIV/Aids, a que necessidades eles respondem, como se modificam e se deslocam, tem importância central para se compreender a prática do aconselhamento durante o encontro entre o profissional e o sujeito que vivencia esse momento. Assim, buscaremos contribuir para a produção de novos saberes e discursos, na perspectiva de aprofundar e ressignificar as questões que permeiam a prática profissional e também as percepções dos usuários em relação ao aconselhamento em HIV/Aids. As informações coletadas serão utilizadas nos resultados da pesquisa, os quais serão organizados para apresentação e publicação em revistas de circulação nacional e internacional e apresentados em eventos científicos.

Garantimos ainda a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Sua recusa em participar do estudo não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

No momento em que desejar entender melhor a pesquisa ou se desejar desistir da participação, retirando o consentimento, poderá fazê-lo entrando em contato com o pesquisador de campo Clarisse Sampaio Pequeno, pelo telefone : (85) 8897.0138 ou pelo email: clarisse\_sampaiop@hotmail.com, e ou com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Correa Lima Miranda pelos telefones (85) 9171.2310 ou e-mail: kfor026@terra.com.br

Caso concorde em participar do estudo, assine este documento ou coloque sua digital, que também será assinado pela pesquisadora de campo, o qual será preenchido em duas vias de igual teor.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_

Assinatura ou digital do Pesquisado

**APÊNCICE C - Entrevista semiestruturada para o enfermeiro**

Dados de identificação

Iniciais: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Maior titulação: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho no SAE: \_\_\_\_\_

Nome da unidade em que trabalha: \_\_\_\_\_

Realizou curso em relação a Aconselhamento – Qual? \_\_\_\_\_

1. Para você o que é aconselhamento em HIV/AIDS?
2. Descreva o processo de aconselhamento em HIV/AIDS do início ao fim?
3. Fale um pouco sobre o diálogo que se estabelece entre você e o paciente.
4. Conte as histórias que mais marcaram sua vida profissional no aconselhamento em HIV/AIDS?
5. Em sua opinião, quais as principais questões trazidas /demanda do usuário?

**APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada para o usuário do SAE**

Dados de identificação

Iniciais: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Grau de instrução: \_\_\_\_\_

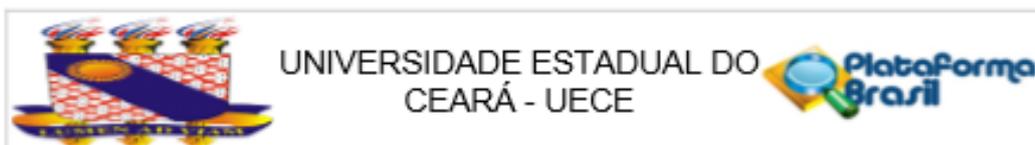
Ocupação atual: \_\_\_\_\_

Nome da unidade em realizou o aconselhamento em HIV/Aids:  
\_\_\_\_\_

1. Conte-me como aconteceu o encontro com o profissional no aconselhamento em HIV/Aids.
2. Fale um pouco sobre o diálogo que você teve com o profissional. Houve algum assunto que você não conseguiu falar naquele momento?
3. O que significou esse momento de aconselhamento com o profissional para você?
4. O que faltou ser dito ou trabalhado no aconselhamento?

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE

Plataforma  
Brasil

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: OS DISCURSOS E SEUS ENTREMEIOS

**Pesquisador:** Clarisse Sampaio Pequeno

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30181314.0.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 791.884

**Data da Relatoria:** 12/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como campos de pesquisa cinco Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) em HIV/AIDS do município de Fortaleza-CE. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de saúde que realizam o aconselhamento em HIV/AIDS nas instituições estabelecidas e os usuários que vivenciaram o aconselhamento em HIV/AIDS.

**Objetivo da Pesquisa:**

A pesquisa tem por objetivo analisar os discursos produzidos por profissionais e usuários que vivenciaram o aconselhamento em HIV/AIDS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa envolve riscos mínimos como constrangimento ao responder às questões e benefícios sociais e científicos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estão adequados.

**Endereço:** Av. Elias Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

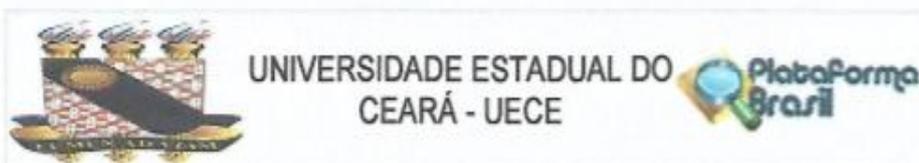
**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** anavleska@usp.br



Continuação do Parecer: 751.684

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão adequados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 15 de Setembro de 2014

Assinado por:  
Ana Carina Stelko-Pereira  
(Coordenador)

**ANEXO B – Carta de Anuência do HSJ**

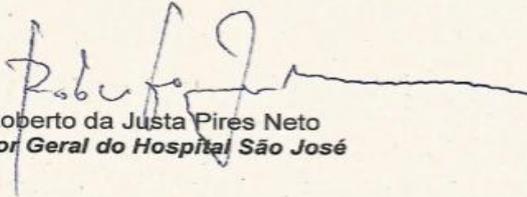
	<b>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ</b> <b>SECRETARIA DA SAÚDE</b>	<b>HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS (1970-2010)</b> <i>40 anos promovendo a saúde e valorizando a vida</i>
---	---	---

Fortaleza, 27 de março de 2014

**Carta de Anuência**

Informamos, por meio desta, que conhecemos o conteúdo do projeto de pesquisa intitulado **“O Aconselhamento em HIV/Aids: os discursos e seus entremeios”**, coordenado por Clarisse Sampaio Pequeno, discente do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, orientada pela Profª Drª Karla Corrêa Lima Miranda, e após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa somos de parecer favorável ao seu desenvolvimento nesta instituição.

Atenciosamente,

  
Dr. Roberto da Justa Pires Neto  
*Diretor Geral do Hospital São José*

Rua Nestor Barbosa, 315 – Parquelândia Fortaleza / Ceará CEP 60.455-610 PABX (85) 3101.2363/2352 FAX (85) 3101.2319 e-mail: <a href="mailto:hsj@hsj.ce.gov.br">hsj@hsj.ce.gov.br</a>
--

## ANEXO C – Termo de anuência do SMS



## DECLARAÇÃO

Processo NºP107364/2014

Título do projeto de pesquisa: ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: OS DISCURSOS E SEUS ENTREMEIOS.

Pesquisadores (as); responsáveis: CLARISSE SAMPAIO PEQUENO.

Instituição proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar

Fortaleza, 20 de março de 2014.

*Maria Ivanília T. Timbó*  
 Maria Ivanília Tavares Timbó  
 Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS.