

**MÔNICA ISABEL SOBREIRO**

**ACONSELHAMENTO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO  
CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do Título de Mestre Profissional em  
Ensino em Ciências da Saúde

**SÃO PAULO**

**2005**

**MÔNICA ISABEL SOBREIRO**

**ACONSELHAMENTO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO  
CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para  
obtenção do Título de Mestre Profissional em  
Ensino em Ciências da Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Lidia Ruiz Moreno

**Co-Orientadora:** Profa. Dra. Sylvia H.S.S. Batista

**SÃO PAULO**

**2005**

Sobreiro, Mônica Isabel

**Aconselhamento: Concepções e Práticas no contexto da Educação em Saúde** /Mônica Isabel Sobreiro – São Paulo, 2005.

xi, 94f.

Tese (mestrado profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde. CEDESS

Título em inglês – Counseling: conceptions and practices in the education and health context

Palavras-Chave: 1. aconselhamento 2. Promoção em saúde  
3. Educação em saúde

Keywords: 1. Counseling 2. Health promotion 3. Health education

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde**  
**CEDESS**

**Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde**

**Diretor do CEDESS:** Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Coordenador do Curso de Pós-Graduação:** Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**MÔNICA ISABEL SOBREIRO**

**ACONSELHAMENTO: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO CONTEXTO  
DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**Presidente da Banca:** Profa. Dra. Lidia Ruiz Moreno

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*Adriano  
meu irmão querido*

*Meu incentivador que partiu antes de ver este trabalho concluído.*

*Sua morte fez menores todas as dores do exercício profissional.*

(Adriano Álvaro Sobreiro, 35 anos, morreu em acidente de trabalho no dia 30/08/04)

## Agradecimentos

A fé em **Deus**.

A toda **minha família**, em especial meus pais, que me deram um bem inestimável: a educação para a vida.

As incansáveis Professoras, **Lidia Ruiz Moreno** e **Sylvia H. S. S. Batista**, que fizeram da orientação, além do espírito científico um espaço de incentivo nos momentos mais difíceis.

A Direção do CEDESS, na figura do Professor **Dr. Nildo Alves Batista**, que, no seu brilhantismo revelado pelo êxito dos trabalhos concluídos da primeira turma de mestrado, soube honrar suas origens e reforça crença que “mineiro” faz quietinho e com resultados.

Aos Professores, Equipe Administrativa e de Apoio da **Família CEDESS**.

Aos **colegas de turma**, que tornaram parte de minha vida. Hoje companheiros e amigos.

Ao apoio logístico, prestado pela amiga Cleide Regina de Medeiros, que em todas horas auxiliou e secretariou, enfim, apoiou em sua limitada disponibilidade, mas sem deixar de cumprir seu papel.

Ao profissional, psicólogo, aconselhador e agora mestre: **Pedro Santo Rossi**, que na alegria deste em comemorar a vaga no mestrado foi solidário e competente em aceitar a interlocução regional das DSTs/AIDS para que eu rumasse a outra trajetória profissional e cursar o mestrado.

A **todos aconselhadores**, que se dispuseram em participar deste estudo.

A **Dra. Maria Tereza Gianerini Freire**, diretora do Complexo Hospitalar Juquery e Direção Regional de Saúde IV – Franco da Rocha, pelo incentivo nesta pesquisa, compartilho agora o aprendizado, as lutas, importância do aconselhamento, enfim foram quase 8 anos de interlocução de AIDS na Regional.

**Em especial** ao meu noivo, **Moisés Gonçalves de Moraes**, que muito em breve será meu esposo, agradeço pela força, apoio e alegria com que sempre me acolhe, vive e festeja a vida com muita alegria.

## Resumo

Esta pesquisa *teve como* objetivo geral, a partir da ótica de aconselhores de Serviços de Prevenção em AIDS, analisar o aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde. No escopo dos objetivos específicos foram definidos: caracterizar o perfil profissional dos Aconselhores de Serviços de Prevenção; apreender as concepções e práticas no contexto do aconselhamento e identificar possibilidades educativas na prática do aconselhamento. Como referencial teórico foi privilegiada uma abordagem histórica do Aconselhamento em AIDS, entendendo a emergência das demandas por serviços de saúde que respondessem às necessidades dos usuários. Enfocou-se o Aconselhamento no campo da promoção da saúde, situando-o como uma prática de educação em saúde. O desenho metodológico envolveu entrevistas semi-estruturadas com 11 aconselhores que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento nos municípios de Franco da Rocha, Jundiaí e Itatiba. Os dados foram analisados sob a perspectiva da análise temática, tendo como núcleos orientadores: perfil dos aconselhores, inserção no serviço, processo de formação, concepções, prática, dificuldades e facilidades. Os resultados foram sistematizados, delineando-se, a partir da análise, os núcleos temáticos: características do perfil profissional; inserção, formação e aprendizagem; aconselhamento como prática de educação em saúde; condições institucionais: infra-estrutura e supervisão; prática do aconselhamento: modalidades, usuário, dificuldades e facilidades; aconselhamento: desafios e possibilidades. Dentre os resultados, destacaram-se o aconselhamento como acolhimento, implicando a escuta ativa da demanda dos usuários e considerando os aspectos educativos, a conscientização dos usuários sobre a responsabilidade como sujeitos de sua própria saúde, construindo uma atitude de autonomia. Importante ressaltar que esta prática insere-se em condições institucionais objetivas que nem sempre são favoráveis ao desenvolvimento do trabalho. O Aconselhamento pode, além do espaço dos CTAs, ser vivenciado nas Unidades Básicas de Saúde. Constitui-se, um projeto de educação em saúde que situa o atendimento para a vida.



## **Abstract**

Based on the point of view of counselors to the AIDS Prevention Service, the general objective of this study was to analyze counseling as a practice of health promotion and education. The specific objectives were to characterize the professional profile of Prevention Service Counselors; to understand the definitions and practices in counseling and to identify educational opportunities in counseling practice. As a theoretical referential, a historic approach of AIDS counseling was favored, in order to understand the emergent demands for healthcare services that would meet the user's needs. Counseling was addressed in the field of health promotion, as a health education practice. The study design consisted of semi-structured interviews with 11 counselors who work in Testing and Counseling Centers (CTAs) in the cities of Franco da Rocha, Jundiaí and Itatiba. Data were analyzed based on the thematic analysis and oriented by the following items: counselor's profile, insertion in the service, background, conceptions, practice, difficulties and possibilities. The following results stood out: counseling as embracement; active listening of the user's demands considering the educational aspects; user's awareness of their citizen responsibility as subjects of their own health, leading to an autonomous attitude. It is important to emphasize that this practice is inserted in objective institutional conditions not always favorable to developing work. Counseling may be extended to Healthcare Centers apart from the CTAs. It is a health education project, which considers care as a priority in life.

## ***Fábula do Higinio***

Certo dia, o **Cuidado** atravessou um rio e, tomando uma parte do barro de seu leito, resolveu dar-lhe forma. Enquanto estava apreciando sua criação, surgiu Júpiter. **Cuidado** pediu a **Júpiter** que desse espírito a forma que criara, ao que “o governante supremo” acedeu de bom grado. **Cuidado**, então resolveu batizar a nova criatura com o seu próprio nome, mas **Júpiter** opôs-se energicamente: a Criatura deveria receber o nome de quem lhe dera o espírito. Enquanto os dois discutiam sem chegar a um acordo, aproximou-se a **Terra** que, por seu lado, reivindicou o privilégio de nomear o novo ser já que dela era a matéria que o constituía.

Diante do impasse os contentores decidem tomar por árbitro **Saturno**, senhor do Tempo e do Destino.

**Saturno** é categórico em sua sentença:

“Tu **Júpiter**, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu **Terra**, por teres fornecido o corpo deves receber o corpo”.

Como, porém, foi o **Cuidado** que primeiro formou esta criatura, irá o **Cuidado** possuí-la enquanto viver”.



*"É importante ver, com os dois olhos, os dois lados para mudar  
uma única realidade, a que temos."*

*Herbert de Souza, Betinho (1997)*

## SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo .....	vii
Abstract.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Minha trajetória .....	1
1.2. As questões norteadoras e os objetivos da pesquisa.....	4
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	6
2.1. Breve histórico da AIDS.....	6
2.2. AIDS no Brasil.....	9
2.2.1 Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA's): aspectos históricos e conceituais.....	13
2.3. Aconselhamento em AIDS: estratégia no cenário da Promoção da Saúde .....	17
2.3.1. Promoção e Educação em Saúde: aproximações históricas e conceituais.....	17
2.3.2. Aconselhamento: situando um campo conceitual e prático.....	22
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
3.1. Os conceitos .....	30
3.2. Contextos e sujeitos da pesquisa .....	31
3.3. Processo de Coleta de Dados .....	31
3.4. Processo de Análise dos Dados.....	33
4. O ACONSELHADOR.....	35
4.1. Conhecendo algumas características do perfil profissional.....	35
4.2. Aconselhador: conhecendo sua inserção no serviço de testagem.....	39
4.3. Processo de formação para o Aconselhamento .....	42
4.3.1. Experiências de formação .....	44
4.3.2. Aconselhamento: aprendizados no cotidiano .....	47
5. CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO ACONSELHAMENTO .....	50
5.1. Aconselhamento como prática de educação em saúde .....	51
5.2. Prática do Aconselhamento.....	58
5.2.1. Dificuldades no processo de aconselhar .....	64
5.2.2. Facilidades na pratica do aconselhamento.....	68
5.2.3. Aconselhamento: desafios e possibilidades .....	71
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
8. ANEXOS.....	84

## 1. INTRODUÇÃO

*...A toda hora rola uma estória  
Que é preciso estar atento  
A todo instante rola um movimento  
Que muda o rumo dos ventos  
Quem sabe remar não estranha  
Vem chegando a luz de um novo dia  
O jeito é criar um novo samba  
Sem rasgar a velha fantasia...  
(Rumo dos Ventos, Paulinho da Viola)*

### 1.1. Minha trajetória

A busca do entendimento do processo de formação do profissional de saúde no enfrentamento da dor pessoal e profissional surgiu a partir da minha própria vivência enquanto enfermeira no serviço público.

Em setembro de 1988 ingressei como enfermeira no serviço de saúde através de concurso público do Complexo Hospitalar do Juquery em Franco da Rocha - SP, logo após minha formatura do curso de enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM), no Paraná.

Ser principiante diante de tanta dor e sofrimento me trazia questionamentos entre a qualidade da minha formação e as necessidades demandadas pelo serviço. Seria deficiência pessoal minha, ou a responsabilidade

teria sido do processo de formação? Assim, foram sete anos de prática sofrida e questionamentos que me levaram a buscar a melhoria na formação profissional. Exigente, procurei um curso de pós-graduação na Universidade de São Paulo, onde realizei especialização em Saúde Pública no ano de 1995.

Prestei outro concurso no serviço público, agora no Hospital São Paulo. Fui chamada para um trabalho na Clínica Médica com 40 leitos sob a responsabilidade da disciplina de Propedêutica da Escola Paulista de Medicina (EPM).

Achava que somando a formação na UEM, a especialização na USP e a experiência na EPM, teria suporte suficiente para atender as demandas do serviço.

Nada ensina mais que a experiência. Quando se acha que já se sabe tudo, acontece algo para mostrar nossa fragilidade perante a vida e a ameaça da morte. Pode-se calejar nos procedimentos com os outros, mas sempre é crucial qualquer sofrimento pessoal. Ciente de todos os cuidados necessários em procedimentos de prevenção de acidentes, sempre me achava imune a qualquer risco. De repente, num procedimento rotineiro fui a uma das enfermarias ver uma paciente e, ao conversar com a mesma apoiei-me sobre a mesa de cabeceira, nesta havia alguns papéis e sob eles uma lanceta deixada por alguém. Nesta enfermaria havia apenas duas pacientes uma com AIDS<sup>1</sup> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e outra com um quadro a esclarecer.

Nos seis meses seguintes de controle sorológico, nos procedimentos de acompanhamento, conforme protocolo de acidentes com material biológico, pensei sobre a vida e sobre a morte de várias maneiras. Questionei-me sobre com quem estuda para curar e não se preocupa com o colega ao lado, com quem organiza a formação, com a ausência de supervisão, falta de programas institucionais voltados para os trabalhadores da Saúde... Enfim, pensei muito sobre quem cuida de quem cuida de gente?

---

<sup>1</sup> Para se referir à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), a comunidade científica brasileira optou por adotar a sigla em inglês **AIDS**, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Da mesma forma o vírus causador o HIV - *Human Immuno Deficiency Virus*, que seria traduzido por Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH. Assim adoto mesmo procedimento.

---

Em 1996, como a maioria dos trabalhadores da saúde, acumulava dois empregos: durante o dia no Complexo Hospitalar do Juquery, à noite, no Hospital São Paulo.

Foi em um desses plantões noturnos que novamente me deparei com a figura da morte. Naquela noite, ao iniciar o plantão, a enfermaria estava cheia, dois ou três pacientes críticos, funcionários presentes, residentes novos. Após a visita de enfermagem comemoramos o aniversário de uma das auxiliares. Convidei o residente, mas ele não quis participar.

Era por volta de meia noite quando percebi que uma das pacientes não estava bem, hipotensa, havia feito diálise à tarde, apresentava sangramento intenso, então fui procurar o residente no conforto, mas ele não estava, dissera que iria ao laboratório. Esperei antes de chamar o chefe de plantão para não prejudicá-lo quando fui avisada por uma auxiliar da minha equipe que o residente havia se jogado do sétimo andar, vindo a falecer antes de chegar ao centro cirúrgico.

Senti o mundo girar e o filme da vida passar em alta rotação novamente em minha cabeça. Senti náusea, dor, raiva e perguntava-me porque não percebi que não estava bem? O que eu podia ter feito? O sentimento de impotência é revoltante.

A partir daquela data fui me desligando do Hospital.

Solicitei férias, pedi para não fazer mais plantões noturnos (tudo me lembrava aquela tragédia). Acabei por me desligar daquele serviço e assumir uma nova tarefa no Serviço Estadual, um programa novo que surgia na área de prevenção. Era o planejamento para instalação de um Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS, no contexto do Programa Nacional de Prevenção à AIDS.

O projeto escrito por mim e pela Enfermeira Dra. Tânia Regina Gasparini Botelho Pupo, parceira de trabalho na época, após dois anos de estudos, saiu em 1998, com a aprovação e financiamento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O projeto contemplava a implantação de uma unidade, onde tornei-me gerente.

---

Durante todo o processo de pesquisa e de estudos para implantação do serviço de prevenção em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, a idéia de cuidar do cuidador se tornava mais consistente. Deparava-se com novas realidades em termos de vida e de morte, de sexualidade, de valores morais, de uma série de demandas para as quais o profissional de saúde não tem, geralmente suporte suficiente na sua formação profissional.

Durante cinco anos de gerenciamento do serviço a questão das demandas dos profissionais do programa se mostrava cada vez mais presente nas minhas preocupações.

Neste contexto, ao iniciar a pós-graduação na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no programa do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS), o mestrado “Ensino em Ciências da Saúde” se fez o lócus perfeito para o desenvolvimento deste estudo.

## **1.2. As questões norteadoras e os objetivos da pesquisa**

Os caminhos que me aproximaram do universo das doenças sexualmente transmissíveis, dos portadores de HIV e propriamente da temática relacionada a AIDS, compreenderam desde a elaboração do projeto mencionado para montagem de uma unidade de testagem até trabalhar com aconselhamento em AIDS. Neste cotidiano, onde a cada dia tudo voltava a rotina, cada atendimento era um novo atendimento, uma nova maneira de ver, de enxergar, de ouvir. Esta trajetória despertava em mim questões que mesmo acreditando nesta prática, queria comprovar, compreender, aprender e aprender ouvindo pessoas envolvidas com o assunto: os aconselhadores.

Reconheço que a epidemia da AIDS assume a cada dia um perfil mais complexo, onde um conjunto de fatores presentes leva a pessoas de diferentes segmentos sociais a contrair o vírus.

Novas demandas são colocadas em relação às abordagens preventivas e assistenciais diante deste panorama. Estas abordagens têm como foco o conhecimento do que torna a população vulnerável ao vírus HIV,

---



considerando o contexto social, a pobreza, a violência, a baixa escolaridade, a falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros. Acreditando na prática do Aconselhamento, sabendo que há uma relação de proporcionalidade entre a redução de incidência e a prática do Aconselhamento, interesse-me sobre estas questões:

- Como se situa o aconselhamento realizado em Centros de Testagens - CTA(s) no campo da promoção da Saúde?
- Quem é o aconselhador?
- Quais as concepções e práticas do aconselhador em relação ao aconselhamento?
- Como o aconselhador vem sendo formado?
- Que limites e possibilidades o aconselhador encontra em sua prática?

A busca por respondê-las configura uma pesquisa que tem como objetivo geral, a partir da ótica de aconselhadores de Serviços de Prevenção em AIDS, analisar o papel do aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde.

No escopo dos objetivos específicos proponho:

1. Caracterizar o perfil profissional dos Aconselhadores de Serviços de Prevenção.
  2. Apreender as concepções e práticas no contexto do aconselhamento.
  3. Identificar possibilidades educativas na prática do aconselhamento.
-

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

As questões da pesquisa sobre o aconselhamento misturam-se com o surgimento e desenvolvimento da pandemia da AIDS. Para melhor compreensão do objeto investigado faz-se necessário uma breve contextualização histórica da epidemia.

### **2.1. Breve histórico da AIDS**

No fim da década de 70, nos EUA, aumentava consideravelmente o registro de indivíduos homossexuais adultos do sexo masculino com Sarcoma de Kaposi, pneumonia e comprometimento do sistema imunológico, especialmente em duas localidades, São Francisco e Nova Iorque. Somente em 1983 foi identificado o agente etiológico da doença (BRASIL, 2004c), o vírus que foi denominado HIV ou vírus da imunodeficiência humana adquirida. Isto porque, ao prejudicar o funcionamento normal das células de defesa do corpo humano, a pessoa fica sujeita a qualquer ataque de agentes infecciosos tornando-se alvo de infecções oportunistas.

Os créditos pela descoberta e identificação do agente infeccioso, ou seja, o vírus HIV, foram motivo de muita disputa e desentendimentos na comunidade científica, que ainda disputam a autoria da descoberta. A verdade é que a partir da identificação do agente etiológico, todos passaram a colaborar no desenvolvimento de pesquisas e procedimentos de tratamento.

Na década de 80 o diagnóstico da AIDS representava previsão de morte, mas a partir dos anos 90, melhorou o efeito das medicações contra as infecções oportunistas e surgiram novas drogas e tratamentos mais eficientes os tratamentos, havendo um progresso considerável na assistência e no tratamento.

Desde a primeira autorização para uso de zidovudina (AZT), medicamento específico para o tratamento da AIDS nos Estados Unidos em 1987, muitos trabalhos científicos foram apresentados e muitos procedimentos mudaram ao longo desse período. Se no início o paciente tinha que se submeter a uma diversidade de remédios em quantidades e horários complicados, sofrendo alta toxicidade, hoje já existem drogas com baixa toxicidade.

Porém, a magnitude da expansão da doença impôs a necessidade de ampliar as estratégias de controle frente ao número de pessoas infectadas.

Conforme afirma Rachid (2000, p.4):

No final de 1999, estimava a Organização Mundial da Saúde (OMS) haver mais de 35 milhões de pessoas infectadas pelo HIV em todo o mundo e que 16 milhões de pessoas já haviam morrido, incluindo 3,5 milhões de crianças, em consequência da infecção.

Frente a este panorama, as estratégias de prevenção necessárias para o controle da infecção pelo HIV, foram sendo configuradas, enfrentando-se os desafios no campo da notificação dos casos de AIDS e da disseminação das informações vinculadas ao tratamento da doença.

Nos primeiros anos de vigilância da infecção:

O sistema de monitoramento da epidemia foi direcionado, principalmente, para vigilância de casos de AIDS e ou para o rastreamento para disseminação do HIV, por meio da vigilância sentinela da infecção pelo HIV. Embora estes sistemas sejam imprescindíveis, servem somente para registrar as infecções em curso; como resultado, perde-se a oportunidade de se obter uma informação antecipada do potencial endêmico. Os sistemas de alerta precoce estão baseados nos dados que registram o risco da infecção mais do que a infecção propriamente dita. A informação sobre riscos, como por exemplo, o registro das relações sexuais desprotegidas e com múltiplos parceiros sexuais, o uso compartilhado de seringas infectadas podem ser obtidas de diversas fontes, entre elas, as pesquisas de comportamento ou de outros marcadores biológicos (como as outras infecções de transmissão sexual) nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Basicamente os objetivos do sistema de vigilância de segunda geração servem para melhorar a compreensão temporal da epidemia, pois favorecem ações de vigilância nas populações com

---

risco acrescido de infecção e flexibilidade de modo a adaptar-se às necessidades e ao estágio da epidemia e melhorar a utilização das informações geradas, melhorando a compreensão da dinâmica da epidemia e a elaboração de ações de prevenção e assistência. (BRASIL, 2002, p.16)

Diferentes ações têm sido realizadas para tentar controlar a epidemia em diferentes países. Notícias recentes da Coordenação Nacional DST/HIV/AIDS, em 2005, dão conta do início das aplicações de vacinas em caráter experimental na Índia:

a pesquisa sobre a vacina foi feita por um consórcio formado pelo governo indiano e o Plano Internacional para uma Vacina contra a Aids, que trabalha na cidade de Pune, no Estado ocidental indiano de Maharashtra. A Índia, com mais de cinco milhões de pessoas infectadas com o HIV, segundo dados oficiais, é o segundo país do mundo mais atingido pela AIDS, só superado pela África do Sul. (Ministério da Saúde, 2005b).

Esse panorama evidencia a complexidade de implementação de ações de saúde que signifiquem, efetivamente, a construção de políticas públicas comprometidas com o controle da infecção pelo HIV.

---

## **2.2. AIDS no Brasil**

Segundo Oliveira e Weinstein (2004), o primeiro caso de AIDS registrado no Brasil foi em 1980, resultando em óbito imediato. Assim, as publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004c) dizem que a luta contra as DST surgiu no início da década de 80, com a criação de um programa de controle do Ministério da Saúde.

No início, a AIDS era pouco conhecida, mesmo pelos profissionais de saúde. Era vista como uma ocorrência isolada, restrita a segmentos sociais específicos. Os autores caracterizam esse período pela forma sensacionalista e alarmista como os meios de comunicação se utilizavam para referir a epidemia, gerando pânico, medo, estigma e discriminação.

Conforme publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998b, p.32):

Em 1985, em resposta ao impacto epidemiológico, o enfrentamento da doença passou a ter abrangência nacional, quando as ações de prevenção e controle foram atribuídas à Divisão de Dermatologia Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

Em 1988, foi oficialmente criado o Programa Nacional de DST/AIDS com a tripla missão institucional de coordenação, elaboração de normas técnicas e formulação de políticas públicas.

Nos seus primeiros anos o Programa consolidou-se como estratégia governamental. Paralelamente, algumas organizações da sociedade civil se mobilizaram para o combate à epidemia, a luta contra o preconceito, a defesa dos direitos civis e sociais dos atingidos, bem como a cobrança incisiva da população por ações governamentais mais decisivas.

Outro fato importante, foi a mobilização das pessoas vivendo com AIDS. Era o início da organização dos seus direitos legais e humanos. Essa luta teve como um dos mais expressivos resultados, o fornecimento gratuito e universal de medicamentos específicos para pessoas com AIDS. Isto significou um reconhecimento, na prática, do direito das pessoas infectadas pelo HIV de terem acesso aos recursos em insumos terapêuticos mais avançados, o que veio, posteriormente, a consolidar-se em lei.

---

Em 1990, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde, marco referencial da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que consolida e avança o processo de reforma sanitária, no País.

Alguns dos antecedentes que resultaram na concretização deste sistema encontram-se na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, que resultou em uma significativa mobilização nos níveis estaduais e municipais. Foi elaborado um Relatório, que incluía reivindicações da Reforma Sanitária, influenciando o próprio texto da Constituição Brasileira promulgada em 1988.

A saúde foi contemplada na nova Constituição a partir da ótica que privilegiava direitos de setores sociais não hegemônicos, representando um avanço em relação às conferências anteriores e a outros países da região.

Existem três componentes essenciais na seção saúde da nova Constituição Federal (BRASIL, 1988): (1) saúde relacionada a ações específicas de promoção e recuperação da saúde; (2) explicitação do direito universal dos cidadãos à saúde como dever do Estado; e (3) explicitação do Sistema Único de Saúde (BUSS e RAMOS, 2000).

Em que pesem os avanços no texto da Constituição Federal e da própria prática nos serviços de saúde, diversas são as complexidades e as desigualdades que caracterizam a saúde no país. Buss (2003,p.27) afirma que:

O quadro sanitário no Brasil, caracteriza a transição demográfico-epidemiológica que atravessa o país, cujo padrão é diferente do observado nos países desenvolvidos que vivenciaram melhorias nas condições de vida, da população. No Brasil, ao contrário, a transição caracteriza-se pelo aumento das desigualdades e a permanência de situações pré-transicionais na maioria da população, gerando ou mantendo profundas desigualdades do ponto de vista socioeconômico e sanitário.

Considerando as condições desfavoráveis do sistema sanitário, a IX Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, reafirmou a descentralização e municipalização do sistema de saúde, além de destacar o controle social através do funcionamento dos Conselheiros de Saúde envolvendo os diferentes setores interessados (MINISTERIO DA SAUDE, 2005a).

---

Em 1992, ocorreu uma articulação entre a sociedade civil, áreas do Governo e organismos de cooperação técnica internacional, o que representou um esforço concentrado de diferentes atores sociais com vistas a uma resposta nacional frente ao agravamento da epidemia da AIDS. Isto configurou o reconhecimento definitivo da AIDS como prioridade de Saúde Pública. Por outro lado, o Ministério da Saúde, com base nos princípios estipulados pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica de Saúde, já referidas, deu início ao processo de municipalização das ações de Saúde.

Em relação a AIDS um dos fatos mais importantes que alavancou o sistema foi a assinatura de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial para o financiamento de ações de prevenção e controle das DST/AIDS, denominado Projeto AIDS I, cuja vigência foi até 1998. Tal acordo possibilitou a consolidação do programa, o atendimento a diferentes populações alvo em todo o País e o estabelecimento de diversos serviços e modalidades de assistência, totalizando recursos da ordem de U\$ 250 milhões, sendo U\$ 160 milhões oriundos do empréstimo e US\$ 90 milhões a título de contrapartida nacional (BRASIL, 1998b).

A Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996, implantou a distribuição gratuita, pela rede pública, dos antiretrovirais. Em dez anos a média de sobrevivência, a partir do diagnóstico, passou de cinco meses para cinco anos (BRASIL, 2000).

Os principais resultados no período de 1996 até 2003, foram: acentuada queda na mortalidade por AIDS em duas regiões metropolitanas do País, São Paulo e Rio de Janeiro; a consolidação de uma rede nacional de direitos humanos em DST e AIDS; o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais; a articulação inter-institucional nas diferentes esferas de governo; o estabelecimento de uma rede nacional de suporte laboratorial para contagem de células envolvidas na resposta imune e a quantificação do vírus HIV. Também houveram avanços na implementação de uma rede nacional de alternativas assistenciais e de CTA (Centros de Testagem e Aconselhamento); o fortalecimento da parceria com as Organizações não Governamentais/AIDS; e o estabelecimento de mecanismos efetivos de cooperação técnica horizontal com países da América Latina e Caribe, países africanos de língua portuguesa, países da Europa e organismos internacionais especializados (BRASIL, 2004b).

---

A gestão do Programa Nacional de Controle e Prevenção das DST/HIV/AIDS, a partir de 2000, assumiu uma nova conformação, privilegiando as instâncias locais, nos níveis estadual e municipal, que alcançam uma gradativa autonomia gerencial, tornando o processo decisório mais flexível e participativo.

Os resultados do Programa Nacional de Prevenção e Controle DST/HIV/AIDS, conseguiram reconhecimento mundial pelos seus resultados epidemiológicos a ponto de seu principal articulador, Dr. Paulo Teixeira, ter sido requisitado pela ONU para dirigir o programa mundial com sede em Genebra.

Embora tenham existido avanços, a AIDS continua atingindo diferentes grupos populacionais, fala-se de pauperização da AIDS num país com desigualdades de renda, de educação e de acesso a bens e serviços de Saúde.

Conforme os últimos dados do Programa Nacional de Prevenção e Controle das DST/AIDS, o aumento da incidência da doença também foi observado em todas as regiões geográficas, com exceção da região Sudeste, que apresentou, em 2003, taxa de incidência menor do que a observada em 1998. Nas demais regiões, o crescimento ainda é pronunciado, principalmente nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. Pesquisas recentes, apontam que a doença vem atingindo, também, de maneira importante, os indivíduos com menor escolaridade, principalmente as mulheres.

Segundo Oliveira E Weinstein: (2004, p. 22):

A epidemia no Brasil completou vinte e quatro anos desde o seu aparecimento, onde a verdade da época era que os doentes não viveriam mais de dois anos após desenvolver a doença, na realidade de hoje onde os pesquisadores desenvolveram drogas que evitam a multiplicação dos vírus, fazendo com que a expectativa de vida aumente consideravelmente. Podemos constatar que ao mesmo tempo em que a Ciência avança a Epidemia também. Saímos do confortável e preconceituoso status de uma doença que atingia a um determinado grupo de risco, para uma desconfortante, porém real situação de risco, onde qualquer pessoa pode adoecer.

Os principais desafios atuais, em relação as DST, são a redução da incidência da AIDS nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade, principalmente entre a população de baixa renda; o controle da

---



Sífilis Congênita no País enquanto problema de Saúde Pública; a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e AIDS e sobretudo, a priorização das ações voltadas para as DST, no país (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2004).

### **2.2.1 Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs): aspectos históricos e conceituais**

Em meados de 1987/1988 começou a ser estimulada a criação, em nível nacional, de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) sendo rebatizado em 1997, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs).

Os CTAs constituíram-se como uma modalidade alternativa de serviço de saúde, devendo oferecer a possibilidade de realizar sorologia do HIV de forma gratuita, confidencial e anônima. Nesses serviços, o oferecimento dos testes teria a finalidade de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção. Um dos objetivos desses serviços era desviar a demanda por testes sorológicos dos bancos de sangue.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) são compreendidos como serviços de prevenção das DST/AIDS e uso indevido de drogas, tendo suas ações dirigidas e adequadas às necessidades da população onde atuam. Os CTAs servem como referência para oferta de informações sobre prevenção e realizam, em parceria com outras instituições (Organizações Não Governamentais e Organizações Governamentais), atividades extra-muros, procurando atingir grupos populacionais vulneráveis à infecção pelo HIV ou comunidades de difícil acesso.

A história do aconselhamento e os desdobramentos do uso do teste para o HIV, ao longo dos anos, apontam para diversas e, muitas vezes, controversas posições no campo científico e da prática profissional. Constituem locais destinados a ampliar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e ao aconselhamento, dentro das normas e princípios que não firam os direitos humanos e garantam a voluntariedade na realização de sorologia anti-HIV (BRASIL, 1999a).

---

Trata-se de unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, atendendo à demanda social, tanto espontânea como provocada por outros serviços ou profissionais da saúde. A confidencialidade e o aconselhamento são as marcas distintivas desses serviços. Os indivíduos diagnosticados como soropositivos para o HIV são encaminhados às unidades de saúde de referência, para assistência e acompanhamento permanentes, e para grupos comunitários de apoio.

Os objetivos dos Centros, determinados pelo Ministério da Saúde, segundo o Manual de Diretrizes dos Centros de Testagens e Aconselhamentos (BRASIL, 1999a, p.10) são os seguintes:

- expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV através das testagens;
- contribuir para redução dos riscos de transmissão estimulando a adoção de práticas sexuais seguras;
- estimular a clientela ao diagnóstico e prevenção das parcerias sexuais.

A população beneficiária destes centros são todos e quaisquer cidadãos que necessitem saber seu status sorológico ou requeiram aconselhamento. No entanto, entende-se que a unidade deve desenvolver atividades dirigidas a grupos específicos que procurem o serviço.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional, preconiza algumas normas quanto ao funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento:

Os CTAs devem estar situados em locais de fácil acesso, tanto para a população geral quanto para as populações alvo. Os CTAs podem desenvolver suas atividades nas dependências de unidades sanitárias que já sejam referência de saúde para a população local. Recomenda-se que a equipe técnica do CTA tenha dependências exclusivamente destinadas a realização das suas atividades, como sala para recepção, atendimento coletivo, atendimento individual, coleta de sangue e arquivo. Os horários de atendimento devem ser organizados a fim de oferecer alternativas acessíveis aos diferentes segmentos populacionais. Observadas as normas de biossegurança, higiene e coleta de sangue, unidades volantes podem ser disponibilizadas para as populações de difícil acesso e/ou que habitam em áreas distantes do local de instalação do CTA (BRASIL, 1998a, p.12):

---

Todo CTA deve dispor de recepção acolhedora, encaminhamento interno rápido, tempo mínimo de espera e disponibilidade de resultados confirmados em tempo hábil. Todos os CTAs devem possuir referências laboratoriais que conduzam às provas diagnósticas, dentro das normas nacionais preconizadas para esses procedimentos (BRASIL, 1998a).

Os testes sorológicos, no âmbito dos CTAs, podem ser realizados de forma anônima ou nominal. Anonimato quer dizer que o usuário não precisa se identificar. Nesse caso, os questionários, os prontuários e as amostras recebem uma identificação numérica ou um nome fantasia escolhido pelo próprio usuário. Flexibilização do anonimato quer dizer que, para o usuário que assim o desejar, deve-se proceder à identificação do mesmo, no momento do pré-teste ou da coleta.

Os usuários devem ser informados sobre essas duas possibilidades e, em ambos os casos, deve-se ressaltar, no momento do aconselhamento pós-teste, o significado do resultado e as implicações éticas, legais e psicológicas da sua revelação para terceiros. Identificado pelo nome ou por uma senha, o resultado do exame pode ser entregue ao usuário, mediante uma solicitação verbal do interessado (BRASIL, 1998b).

A confidencialidade é um princípio que deve prevalecer sobre o anonimato. Ela está garantida pelos códigos de ética que preconizam o sigilo sobre as atividades dos profissionais que atuam em serviços de saúde, trata-se de um requisito essencial para que se estabeleça a necessária confiança entre usuários e aconselhador, sem a qual as ações de aconselhamento tornam-se impossíveis.

A testagem sorológica e o atendimento oferecido no âmbito dos CTAs devem garantir o encaminhamento dos usuários ao serviço de assistência a fim de oferecer, o acesso imediato ao tratamento e/ou monitoramento da infecção pelo HIV, no caso de resultados positivos; ou mesmo de outras ocorrências, diagnosticadas através de outras sorologias.

Nenhum CTA poderá funcionar sem uma rede de referência assistencial que acolha a demanda por ele gerada. As equipes que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento devem possuir profissionais de saúde

---

com diferentes perfis de formação: aconselhadores (profissionais de nível superior, capacitados para realizar ações de aconselhamento, individual e coletivamente); coletadores de sangue (agentes de saúde, auxiliares ou técnicos de laboratório ou enfermagem); pessoal de apoio administrativo (encarregados das atividades de recepção, auxílio na coleta de dados sobre a clientela, produção de serviços e arquivo); e pessoal de limpeza, vigilantes e serventes.

Dado o seu caráter interdisciplinar, todos os profissionais das equipes que atuam em CTAs devem participar e compartilhar todos os momentos do fluxo de atendimento, observando as competências específicas de cada categoria profissional (BRASIL, 1998a).

Os avanços dos programas de testagens e aconselhamento foram suscitando questões de diversas ordens, desde problemas que demandavam soluções técnicas, como a ocorrência de resultados falso-positivos, falsos-negativos ou indeterminados; a determinação de período de janela imunológica, como também, assuntos referidos à proteção dos direitos individuais e sociais dos indivíduos testados.

A partir de 1989, a estratégia de testagem e aconselhamento passou a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. A disponibilização do teste para um maior número de pessoas tem sido uma tendência cada vez mais enfatizada.

O uso do teste corroborou as estratégias de prevenção na década de 90, com enfoque na redução do risco individual para prevenção da expansão da epidemia. No entanto, apesar da disponibilização progressiva da testagem por meio de diferentes serviços, grande parcela da população do Brasil ainda não tem conhecimento do seu status sorológico (BRASIL, 1999a, p. 7).

Em 2003, tivemos, em nível nacional uma Campanha de Testagem, que significou muito mais que um teste, foi uma estratégia de comunicação social orientando sobre testagem, prevenção e práticas seguras. A campanha denominou-se "*Fique Sabendo*", tendo como principal estratégia a ampliação da rede de oferta para testagem do HIV.

---

Pode-se verificar a emergência de questões éticas, científicas, legais e políticas envolvidas no processo de testagem, a medida em que a testagem se amplia, tanto em direção aos grupos de alta, como às populações de baixa prevalência para a infecção pelo HIV (BRASIL, 1999a).

### **2.3. Aconselhamento em AIDS: estratégia no cenário da Promoção da Saúde**

Falar em promoção da saúde requer compreender as propostas teórico-metodológicas que explicam os processos de saúde e doença, implicando conhecer estratégias educativas utilizadas no contexto dos modelos de assistência à saúde. Precisa-se de uma perspectiva ampla para reduzir o impacto da infecção pelo HIV sobre as sociedades na medida em que é preciso conhecer, estudar, ver e entender dimensões como saúde, corpo, sexualidade, afeto, relações humanas, confiança, solidariedade (BRASIL, 2004b).

Neste sentido, importante se faz discutir dimensões históricas e conceituais do processo de Promoção da Saúde.

#### **2.3.1. Promoção e Educação em Saúde: aproximações históricas e conceituais**

Compreender o aconselhamento em AIDS como uma estratégia de promoção da saúde, implica contextualizar os processos de constituição da educação em saúde, bem como empreender incursões conceituais.

No documento *Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a), o Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde, órgão pertencente a Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca que o foco da educação em saúde deve estar voltado para a população e para a ação. De uma forma geral seus objetivos são:

---

encorajar as pessoas a adotar e manter padrões de vida sadios; usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados a sua disposição; tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a)

Os primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no país foram dados por Carlos Sá e César Leal Ferreira que, em 1924,

criaram no município de São Gonçalo, no Estado do Rio de Janeiro, o primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. No ano seguinte Antonio Carneiro Leão, Diretor de Instrução Pública, mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal. Em 1925, Horácio de Paula Souza cria a Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde do Estado de São Paulo, com a finalidade de “promover a formação da consciência sanitária da população e dos serviços de profilaxia geral e específica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Surge, assim, pela primeira vez o título de educador sanitário, preparado pelo Instituto de Higiene do Estado, cuja responsabilidade principal era a divulgação de Noções de higiene para os alunos das escolas primárias estaduais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Na mesma época, foi criada, em Pernambuco por Amaury Medeiros, a Inspetoria de Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência. A Fundação do Ministério da Educação e Saúde, na década seguinte, cristalizou-se, na saúde a centralização administrativa advinda do processo revolucionário de 1930, o que acabou gerando, além do sufocamento de todas as iniciativas estaduais, a concentração das atividades sanitárias nas cidades, notadamente nas capitais, rarefazendo estas ações no interior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a).

Com a reestruturação do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o “Serviço de Propaganda e Educação Sanitária” foi transformado em “Serviço Nacional de Educação Sanitária”, com o objetivo de formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde.

---

No âmbito dos Estados foram criadas réplicas dos serviços federais, nos respectivos órgãos de saúde pública. O Ministério da Educação e Saúde, reunindo estas duas funções paralelas, tinha condições de proporcionar aos administradores as oportunidades de conjugá-las e, conseqüentemente, prover um campo educacional com o propósito de tornar a vida mais saudável:

A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Desde o começo deste serviço houve o reconhecimento da educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Foi o SESP que começou a preparar as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais da saúde. A clivagem do Ministério da Educação e Saúde em duas instituições autônomas, poderia ter propiciado o fortalecimento da área da Educação Sanitária, mas isto só foi ocorrer alguns anos depois quando acontece a reformulação da estrutura do Serviço Nacional de Educação Sanitária e a integração das atividades de educação no planejamento das ações dos demais órgãos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a)

Estas mudanças foram o reflexo, também, de dois eventos internacionais. O primeiro abrangeu a XII Assembléia Mundial da Saúde, em Genebra (1958), que reafirmou:

que a educação sanitária abrange a soma de todas aquelas experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um individuo com respeito à saúde e dos processos expostos necessários para alcançar estas modificações (BRASIL, 2005)

O segundo evento refere-se à V Conferência de Saúde e Educação Sanitária, realizada na Filadélfia em 1962, na qual o Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde assinalou que:

os Serviços de educação sanitária estão chamados a desempenhar um papel de primeiríssima importância para saltar o abismo que continua existindo entre descobrimentos científicos da Medicina e sua aplicação na vida diária de indivíduos, famílias, escolas e distintos grupos da coletividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a)

---

No Brasil, as diversas reorganizações administrativas do Ministério da Saúde, ocorridas entre 1964 e 1980, foram acompanhadas por uma mudança terminológica: a educação sanitária passou a ser denominada de educação em saúde, tentava-se uma transformação conceitual. Todas estas mudanças, entretanto, não contribuíram para a tarefa principal que seria a introdução do componente da educação nos programas de saúde desenvolvidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

Em meados da década de 70, ocorreu uma transformação decisiva com a implantação dos primeiros sistemas nacionais de informações de saúde, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (1976) e o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (1979). No processo de implantação desses sistemas os veículos de comunicação foram chamados a colaborar na divulgação da importância de contar com dados confiáveis. Utilizou-se pela primeira vez e de forma bastante tímida, a propaganda e o *marketing* subliminar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a)

Todos os processos históricos condicionam modos e perspectivas de compreender as práticas e conceitos no âmbito da produção da ciência. O conceito contemporâneo de promoção da saúde surgiu e desenvolveu-se de forma mais vigorosa nos últimos 25 anos, em países como o Canadá, Estados Unidos da América (EUA) e países da Europa ocidental.

Quatro importantes Conferências Internacionais (BRASIL, 2002) marcaram, historicamente, o desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde: Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsval (1991) e Jakarta (1997), estabelecendo as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1996), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

A Carta de Ottawa (BRASIL, 2004b, p.19) define promoção da saúde como:

o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

---



As raízes do conceito abrangente da promoção da saúde cristalizada em Ottawa encontram-se, na realidade, na Declaração de Alma Ata, um documento de extraordinária importância, que estabeleceu o conhecido conjunto de oito “elementos essenciais” da atenção primária, o entendimento da saúde no desenvolvimento, a intersetorialidade e a responsabilização do Estado e da sociedade pelas conseqüências das políticas públicas sobre a saúde da coletividade (BRASIL, 2004b).

Conforme Buss (2000, p.165),

a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando no seio de suas famílias e, no máximo, no ambiente das “culturas” da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde, tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. O que caracteriza modernamente a promoção é a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde.

Nesta perspectiva, saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo da vida dos indivíduos e das comunidades.

A informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação social, através de diversas medidas, têm sido reconhecida como ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e comunidades. De fato, uma vez que a participação ativa e permanente da população é central no conceito e na prática da promoção da saúde, torna-se imprescindível a provisão de informações para o exercício da cidadania, assim como iniciativas do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde.

A concepção de promoção da saúde em foco, seja aquela mais concentrada na educação em saúde, visando centralmente a mudança de estilos

---

de vida e fatores comportamentais, seja a que concebe a promoção da saúde de forma mais ampla, centrada na políticas públicas saudáveis e na intersectorialidade, precisa de uma ação comunitária concreta e efetiva para estabelecer prioridades, tomar decisões, planejar e implementar estratégias visando melhorar os indicadores saúde.

As transições demográficas e epidemiológicas e do sistema de saúde que o Brasil vêm apresentando, fazem com o que o Governo Federal, reorienta modelos assistenciais e aprofunde as ações de promoção da saúde e prevenção. Nestas mudanças incluem-se teorias e práticas de informação, bem como a educação e a comunicação. O enfoque da promoção da saúde é amplo, abrangente e reflexivo envolvendo o processo saúde-doença e seus determinantes.

Gutierrez et al (1997, citado por Buss, 2003, p.33) dizem que tradicionalmente a área médica e as ciências da saúde lidam com a doença, porém a promoção está intimamente ligada à educação em saúde e tem como foco múltiplas abordagens para além do setor chamado saúde, afirmando, também, que:

A promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer à saúde e à melhoria das condições de bem-estar.

### **2.3.2. Aconselhamento: situando um campo conceitual e prático**

No Brasil a associação entre a prática do aconselhamento e a AIDS surgiu inicialmente no âmbito das Organizações Não Governamentais, a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares. Ao mesmo tempo, essas ações foram desenvolvidas e expandidas para diversos segmentos populacionais, com vistas a implantar ações de prevenção (BRASIL, 1999a, p. 9).

Conforme relatado no Manual de Diretrizes dos CTAs (BRASIL, 1999a, p. 9)

A história do aconselhamento e os desdobramentos do uso do teste para o HIV, ao longo dos anos, nos apontam para diversas e muitas vezes, controversas posições que concorrem no campo científico da

---

prática profissional. Nos primeiros anos da epidemia, alguns países como a Inglaterra e os EUA já dispunham de Serviços de Aconselhamento destinados a grupos sociais minoritários, entre estes: homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas.

Dessa forma essas ações passaram, rapidamente, a incorporar o apoio psicológico às pessoas afetadas pela doença, servindo como suporte emocional para as questões como morte, luto, manifestações de doenças oportunistas e suas conseqüências para adaptação das pessoas a uma nova condição corporal, social, adesão as terapias medicamentosas, entre outras.

Segundo Barros e Silva (2004, p.19):

A complexidade e a diversidade dos problemas que a epidemia da AIDS desencadeou, colocaram as ofertas dos testes sorológicos para detecção da infecção pelo HIV, acompanhada de aconselhamento como estratégia de prevenção e controle como ações importantes para a população. No final da década de 80, precisamente 1988, funda-se em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, o primeiro Centro de Apoio Sorológico (COAS).

Durante a década de 80 e até os dias atuais o aconselhamento sofreu as mesmas crises pelas quais passam as sociedades. Assim, foi se configurando esta prática que não tem marcos conceituais rígidos em AIDS, bem como aplicações homogêneas.

Acredita-se que pela via do aconselhamento podem abordar-se questões, como a manutenção de ações educativas em saúde; fortalecimento de programas de prevenção, cidadania, ética, sexualidade, violência e desemprego.

Neste contexto, o aconselhamento tem se mostrado como ferramenta útil e deve ser utilizado em vários programas e ações de saúde como prática de serviço que permita ao profissional ser crítico e reflexivo e que garanta intervenções éticas, técnico-científicas, ancoradas no desenvolvimento de políticas públicas que fortaleçam a promoção da Saúde.

Conhecer, reconhecer, resgatar a dimensão psicossocial da AIDS e suas representações é um desafio implícito na prática da testagem e no aconselhamento.

---

A epidemia da AIDS segundo Monteiro (2004, p. 64):

...trouxe de volta ao mundo acadêmico a possibilidade de aconselhamento como estratégia terapêutica e de prevenção no combate e proliferação da epidemia, uma vez que é um dos espaços onde as pessoas afetadas ou não, poderiam estar recebendo informações e revendo suas condutas comportamentais com o objetivo maior da prevenção e discutindo questões referentes ao viver com HIV e AIDS.

A importância dos centros de testagem, segundo Vermelho e Barbosa (2004, p. 10) localiza-se no fato de que constituem, geralmente, o primeiro local de procura da população:

...é devido a estratégia de enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS enquanto “porta de entrada” do sistema de prevenção e controle”. O CTA é o local de detecção precoce da infecção pelo HIV naqueles indivíduos que se percebem como mais vulneráveis. Frequentemente é o único acesso à abordagem educativa para aqueles que são diagnosticados como soropositivos.

A avaliação de experiências no campo da educação para a prevenção de HIV/AIDS, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, enfatiza que investimentos em prevenção evitam sofrimentos humanos não revelados e não calculáveis, junto com todas as consequências sociais, independentemente das taxas de prevalência de HIV do País (UNAIDS, 2002).

Os aconselhadores, como agentes educativos, têm o privilégio, talvez único na rede de assistência, da posição de escuta dos indivíduos e escolha de estratégias que possam diminuir a vulnerabilidade às DST/HIV e AIDS.

Os CTAs permitem o acesso direto dos cidadãos para conhecer seu status sorológico; o aconselhamento reforça a luta da prevenção, contribuindo para acelerar o lento ritmo da mudança de comportamentos.

---

Segundo Achkar, (2004, p. 26).

A urgência em estancar a contaminação tem determinado a busca por maior eficácia nas práticas preventivas. Entretanto, estamos diante de uma tarefa especialmente complexa, pois, ao envolver mudanças de comportamento em que se acham implicadas diversas questões relativas à individualidade, à sexualidade, ao amor e às paixões humanas, estas práticas encontram obstáculos de difícil transposição.

Segundo a Coordenação Nacional de DST/HIV e AIDS (BRASIL, 1999a, p. 12):

...no contexto da epidemia a prática do aconselhamento tem sido uma estratégia de prevenção muito importante e é parte essencial no momento do diagnóstico do HIV. Foram sistematizados procedimentos que chamamos de pré e pós-teste, com conteúdos bem definidos, que auxiliam o profissional / serviço a incorporar uma concepção de trabalho e a lógica da promoção da saúde e prevenção das DST/HIV/AIDS.

A incorporação do aconselhamento pelos serviços de saúde é um grande desafio, pois até o momento, esta prática realiza-se principalmente nos serviços de referência para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e em algumas organizações não governamentais. Esses serviços estão mais habituados a incluir na rotina de trabalho as questões sobre sexualidade, drogas e direitos humanos, parte indissociável dos campos da prevenção e da educação e saúde.

O aconselhamento é definido:

como um processo de escuta ativa, centrado no contato direto com o cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito da sua própria saúde e transformação. Trata-se de uma prática que visa a mudança de comportamentos de risco e, ao mesmo tempo, apoio emocional para o manejo eficaz da situação de comunicação do diagnóstico, através da consistência, uniformidade e precisão das informações prestadas. Para tanto, o aconselhamento, no âmbito dos CTAs, não precisa se restringir a atendimentos pontuais pré e pós-teste. O número de sessões de aconselhamento deve ser definido de acordo com as necessidades da clientela. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 1998a, p.11)

---

Neste sentido, os CTAs, têm como tarefa central o aconselhamento, e nesta atividade são abordados temas como sexualidade, informações sobre DST/HIV e AIDS, preconceitos, tabus e direitos sociais. Esta prática incentiva o cliente a se responsabilizar pelas suas ações, pois o atendimento faz com que ele expresse seus sentimentos, dúvidas e demandas. O aconselhador realiza uma escuta ativa e tem uma visão integral do ser humano destacando-se o biológico, psicológico e sócio-cultural. O aconselhamento, sob este arcabouço, deve ser uma modalidade de atendimento que contemple e valorize todos estes aspectos.

É através do aconselhamento que se permite o acesso direto a um grande número de indivíduos e ao mesmo tempo é reforçada a disseminação de informações que contribuam para a mudança comportamental.

O aconselhamento permite conhecer as características de uma atitude preventiva em relação ao HIV e AIDS. A intervenção que o aconselhamento pode propiciar de maneira positiva é um desafio que está presente nas discussões atuais. É importante conhecer as possibilidades e limites do aconselhamento na medida que mostra especificidades em relação a outras estratégias de combate à AIDS.

O reconhecimento dos avanços e conquistas no campo da prevenção não salta às vistas de maneira imediata, como ocorre em outras áreas de atuação em AIDS, como a pesquisa e o acesso a medicamentos (PASSARELLI e TERTO JR, 2003, p. 122-135)

Reconhece-se o que é necessário utilizar todo o aprendizado que estes quase quinze anos de aconselhamento trouxeram aos profissionais: teorizar, avaliar as ações e participar deste novo capítulo, na área da saúde onde os atores da prevenção serão também os técnicos que trabalham na rede básica.

A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no contexto da epidemia no Brasil desde a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, e se reafirma como um campo de conhecimento estratégico para a qualidade do diagnóstico do HIV e da atenção à saúde. Quando avaliamos o que diferencia o campo da prevenção das DST/HIV/AIDS da prevenção dos outros agravos não podemos deixar de considerar a ação de aconselhamento (GRANJERO, 2004).

---

As publicações do Ministério da Saúde sobre aconselhamento em AIDS insistem na escuta ao invés de repasse de informações ou orientações normativas, capacidade para compreender o outro como indivíduo com determinações sócio-culturais próprias. Refletindo sobre a prática do aconselhamento no contexto do SUS, Barros e Silva expressam (2004, p.19):

Sabemos que muito há a fazer e aprimorar. Continuar a combater a epidemia de AIDS, reduzindo a incidência em segmentos populacionais de risco e maior vulnerabilidade, com destaque para população de baixa renda, garantir e ampliar o acesso ao diagnóstico das DST/HIV, incluindo a oferta de exames para Hepatites virais principalmente B e C, garantindo os direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos afetados pelo HIV/AIDS e seus familiares, além de preparar os usuários que se consideram em risco de exposição, informando-os permanentemente sobre cuidados e promoção da saúde, sempre em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda em relação a esta prática, Vermelho e Barbosa (2004, p.11) concluem:

Refletir sobre a pandemia de HIV/AIDS enquanto desafio para saúde coletiva nos coloca inúmeras e complexas questões que interessam a todos que estão atuando no seu enfrentamento, aos cientistas e profissionais de saúde, indivíduos e coletividades.

A Coordenação Nacional de DST e AIDS, através de seu diretor Pedro Chequer, em 1998, abriu o Manual de Aconselhamento lembrando do distanciamento entre o saber técnico-científico, tratamento pessoal e a interlocução:

A construção do pensamento científico na sociedade moderna, em especial na medicina, provocou um distanciamento do profissional de saúde em relação ao seu cliente, doente vivo e com capacidade de fala, visto que a interlocução passou a ter um caráter secundário. Os aparatos tecnológicos passaram a ter prioridade em detrimento da relação interpessoal, provocando o distanciamento do sofrimento humano (origem histórica das práticas curativas), a desqualificação da pessoa doente e a valorização da doença. (BRASIL, 1998b: p.7)

---

Ao disponibilizar a testagem sorológica do HIV nos bancos de sangue e serviços de referência, por volta de 1987, surgiu um problema para os profissionais de saúde que deveriam comunicar os resultados aos pacientes. Lidar com os aspectos psicológicos, os sentimentos de vida e de morte, além dos conceitos e preconceitos sobre a sexualidade dos pacientes, constituíram-se em um desafio para os profissionais nesta área. Envolvidos no processo de atendimento e testagem se encontram médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, que não foram previamente preparados para tais atendimentos específicos.

Na busca de uma metodologia e um referencial teórico para sustentar tais atendimentos, optou-se pela abordagem centrada na pessoa, onde o foco de atenção é o mundo do cliente. O manual de aconselhamento referencia a obra de Carl Rogers: *Terapia Centrada no Cliente*, editada pela Martins Fontes. Tal referência se baseia no foco adotado pela OMS que adotou e publicou em 1995, *Counseling for HIV/AIDS: A key to caring* (Aconselhamento em HIV/AIDS, a chave do cuidado) .

Esse termo *counseling* foi traduzido diretamente por aconselhamento e causou uma série de desentendimentos. Enquanto a obra de Rogers e as recomendações da OMS, falam de uma atenção ao paciente, algo como apoio pessoal, acolhimento, o termo aconselhar, em português, implica em dar conselhos, dar opiniões sobre, o que é frontalmente contra a idéia do programa mundial de prevenção, pois recomenda a aceitação incondicional ao invés de criticar ou aconselhar preceitos.

Para tanto o Programa Nacional entende a atividade de aconselhamento como sendo:

Um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha a possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 1998a, p 11)

---



Entre os desafios presentes nesta prática, situa-se o preparo dos profissionais. O profissional da saúde, seja qual for sua especialidade, pode estar devidamente preparado para a explicação de procedimentos generalizados, mas dificilmente fora preparado para essa escuta ativa e particularizada.

Aconselhar em AIDS requer muito mais que informar fatos científicos referentes a como se *pega* e como se protege da doença. Aconselhar requer que reconheçamos o contexto da promoção, prevenção, educação, além de ver o outro como sujeito nestes contextos.

---

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Os conceitos**

Na construção da pesquisa surgiram vários caminhos. Um dos cuidados foi seguir uma direção que contemplasse as diferentes faces da questão a ser estudada. Segundo Richardson et al (1999) a metodologia consiste em procedimentos e regras utilizadas para chegar a um objetivo. Entretanto, Minayo (1992) afirma que a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, cujo conjunto de técnicas possibilita a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador. Para a autora, entrar no campo da metodologia social é penetrar em um mundo polêmico onde há questões não resolvidas onde o debate tem sido perene e não conclusivo.

Refletir sobre saúde, sobre modelos de atenção, educação, requer considerar as expressões dos próprios sujeitos, seus valores e concepções.

Entende-se a pesquisa como:

um processo que se estabelece na dimensão das relações sociais, onde a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais (MINAYO, 1992, p. 23).

É neste campo que situo o objeto desta pesquisa, sobre o processo de aconselhamento.

A natureza dos objetivos delineados, bem como as constantes buscas na literatura sobre relatos e experiências dos profissionais aconselheiros, me levaram a optar pela análise qualitativa.

Segundo Minayo (1992, p. 29):

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática na abordagem da realidade. Ao se desenvolver uma proposta de investigação ou até mesmo no desenrolar das etapas de uma pesquisa, vamos reconhecendo a conveniência e a utilidade dos métodos disponíveis, face ao tipo de informações necessárias para se cumprirem os objetivos do trabalho.

### **3.2. Contextos e sujeitos da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 01). Os serviços de prevenção em DST/AIDS situam-se em três municípios: Franco da Rocha, Jundiaí e Itatiba, pertencentes a duas regionais: Direção Regional de Saúde IV - Franco da Rocha (DIR IV) e Direção Regional de Campinas (DIR XII) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. DIR IV faz parte da região metropolitana da Grande São Paulo e outras duas do interior. Foram três Centros de Testagem e Aconselhamento, um estadual e dois municipais. Antes de realizar as entrevistas foi assinado um termo de autorização institucional para o desenvolvimento do estudo. (Anexos 02, 03 e 04).

Os serviços estão inseridos fisicamente junto à assistência ambulatorial. Um com equipe própria e exclusiva e os outros dois com equipes de tarefas múltiplas. As cidades sede dos serviços contam com 400.000 habitantes em Jundiaí, 120.000 habitantes em Franco da Rocha e 80.000 habitantes em Itatiba.

Negociadas as autorizações e horários, foram agendadas as entrevistas com a totalidade dos aconselhadores alocados, que compreenderam um universo de 11 profissionais. Expostas as razões e a natureza da pesquisa, foi colhida a assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido, conforme padrão da Comissão de Ética da Universidade Federal de São Paulo. (Anexo 05)

---

### **3.3. Processo de Coleta de Dados**

Foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. As mesmas foram realizadas no período de setembro a novembro de 2004, segundo a conveniência do serviço e do entrevistado para que propiciasse um espaço tranquilo, sem pressões. Através do termo de consentimento livre e esclarecido foi acordado o sigilo das informações.

A entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas (RICHARDSON et al, 1999). O processo de interação contém quatro componentes que devem ser explicitados: o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o instrumento de captação de dados (HAGUETTE citada por MINAYO, 1992). A entrevista é um procedimento que, embora tenha um esquema básico, permite adaptações.

Assim, o roteiro da entrevista possibilitou realizar mudanças necessárias e a adequação aos objetivos do estudo. Os aconselhadores ficaram a vontade para responder as perguntas complementares, bem como expor suas idéias e experiências.

Levantadas as informações sobre dados pessoais (anexo 06), foram realizadas as perguntas a partir do roteiro da entrevista, com duração que variou de 50 a 90 minutos, (anexo 07), sendo tudo gravado em fita magnética. Dependendo do conteúdo das respostas foram realizadas algumas questões adicionais para elucidação do tema.

A vantagem da entrevista é que envolve uma relação pessoal entre pesquisador-sujeito, o que facilita um maior entendimento dos pontos que ficaram nebulosos ao pesquisador, apresentando uma maior flexibilidade (MOROZ e GIANFALDONI, 2002).

Os aconselhadores puderam pensar, refletir, expor suas concepções, inserção, formação, condições institucional e prática do aconselhamento em AIDS. Senti em todos, a vontade de comunicar suas experiências no processo do aconselhamento.

---

### **3.4. Processo de análise dos dados**

A pesquisa foi orientada pela análise temática (MINAYO, 1992) organizada nos seguintes etapas:

- transcrição textual das entrevistas. Nesta etapa foi tomado o cuidado de omitir os nomes de instituições, pessoas e cidades que pudessem levar a alguma identificação, conforme explicitado no termo de consentimento.
- pré-análise do material coletado a través da leitura e releitura das entrevistas transcritas
- sistematização das respostas dos profissionais por questões do roteiro
- agrupamento e ordenação das respostas por temáticas convergentes.
- construção dos núcleos temáticos.
- leitura analítica dos núcleos à luz da literatura.

A autora referida entende por análise temática a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Nessa perspectiva foram focalizados os seguintes núcleos orientadores:

- 1- Perfil profissional do Aconselhador;
- 2- Inserção no serviço público;
- 3- Processos de formação;
- 4- Condições institucionais;
- 5- Concepções e práticas;
- 6- Dificuldades e facilidades do Aconselhamento.

A partir da análise, os núcleos temáticos apreendidos no campo foram: características do perfil profissional; aconselhador: inserção, formação e aprendizagem; aconselhamento como prática de educação em saúde; condições institucionais: infra-estrutura e supervisão; prática do aconselhamento: modalidades, usuário, dificuldades e facilidades; aconselhamento: desafios e possibilidades.

---

Estes núcleos delinearão os dois capítulos de resultados que denominamos. O Aconselhador, onde se destaca o perfil, inserção no serviço e processo de formação e *Concepções e Práticas no Aconselhamento*. Nestes capítulos foram elaborados diálogos entre os dados obtidos e a literatura.

---

## **4. O ACONSELHADOR**

### **4.1. Conhecendo algumas características do perfil profissional**

O aconselhamento em AIDS tem no aconselhador um sujeito fundamental no desenvolvimento desta prática. O manual de Aconselhamento do Programa Nacional de Combate as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, o situa como aquele profissional de nível superior capacitado para realizar ações de aconselhamento de forma individual e/ou coletiva (BRASIL, 1999a).

A figura do aconselhador é relativamente recente nos serviços de Saúde e surge relacionada a epidemia da AIDS:

No Brasil a associação entre a prática do aconselhamento e a AIDS surgiu inicialmente no âmbito das Organizações Não Governamentais, a partir de trabalhos voluntários e de grupos de apoio entre pares. Ao mesmo tempo essas ações foram desenvolvidas e expandidas para diversos segmentos populacionais, com vistas a implantar intervenções de prevenção. Assim como na Europa e nos Estados Unidos, o aconselhamento em AIDS em nosso país iniciou-se com grupos de pessoas infectadas e doentes conduzidas por estas mesmas pessoas. Isto devido as carências das Instituições de Saúde, que não estavam prontas a tornar as Unidades de Apoio acessíveis aos grupos inicialmente atingidos pela epidemia e tão pouco capacitados a lidar de forma solidária com estes grupos populacionais (BRASIL, 1999b, p. 9).

A análise dos dados coletados nesta pesquisa possibilitou caracterizar aspectos do perfil profissional dos onze aconselhadores participantes. Pode-se observar no Quadro I, a heterogeneidade de dados em relação à idade, área de formação e de tempo de inserção nos serviços de aconselhamento. Porém, a maioria possui título de Especialista.

**QUADRO 1 – PERFIL PROFISSIONAL DO ACONSELHADORES ENTREVISTADOS**

<b>Eixos do Perfil</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Número de Respondentes</b>
<b>Gênero</b>	Feminino	09
	Masculino	02
<b>Idade</b>	(35-40 anos)	05
	(41-45 anos)	01
	(46-50 anos)	03
	(51-55 anos)	02
<b>Graduação</b>	Enfermagem	03
	Serviço Social	03
	Psicologia	03
	Farmácia	01
	Medicina	01
<b>Tempo de formação</b>	01-05 anos	02
	06-10anos	02
	11-15anos	02
	16-20 anos	01
	21 anos ou mais	04
<b>Natureza jurídica da instituição de formação acadêmica</b>	01 Pública	01
	10 Privada	10
<b>Títulos de especialização</b>	Nº de aconselhadores com especialização	09
<b>Tempo como aconselhador</b>	01-05 anos	06
	06-10 anos	04
	12 anos	01
<b>Exclusividade na função de aconselhador</b>	09 sem exclusividade	09
	02 com exclusividade	02

Observa-se que as categorias profissionais que mais aparecem nas atividades são enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Outro dado importante refere-se a não exclusividade na função de aconselhador na grande maioria dos entrevistados.



O Brasil contava até 2003, com 246 Centros de Testagens e Aconselhamento, mas não existem registros sistemáticos sobre as atividades e perfil profissional dos aconselhadores inseridos nos diferentes centros em nível nacional (BRASIL, 2004b):

Todos os serviços implantados já têm larga experiência no trabalho que vem sendo realizado, todavia, as atividades existentes não recebem o devido registro, ou se efetuado, são feitos de forma descontinuada. Esta situação acaba por não conferir a devida visibilidade a esses serviços. Entendendo essa necessidade, o Ministério da saúde, por meio do PN-DST/AIDS, no final de 2000, desenvolveu, a partir de uma experiência bem sucedida de sistematização e informatização dos dados do CTA de Curitiba, o Sistema de Informatização dos CTAs. Porém estes dados hoje são voltados a vigilância e não há dados hoje sobre os serviços, número e categoria de profissionais que atuam no serviço, de onde vieram (BRASIL, 2004b, p.71).

Neste sentido, o relato da experiência do CTA de Curitiba permitiu identificar aspectos interessantes:


...O CTA de Curitiba é composto por uma equipe multiprofissional que opera de modo cooperativo participando de todas as fases do processo de trabalho. Ainda que com limites específicos de formação de cada profissional, todos buscam ter uma atitude de acolhimento e aconselhamento com vista à consecução dos objetivos em comum que regem a filosofia do serviço (ALMEIDA, 2004, p. 71).


Assim, identifica-se a relevância de estudos que aprofundem os aspectos relativos aos aconselhadores, permitindo que ações de formação e acompanhamento possam ser desenvolvidas de forma mais problematizadora e conseqüente para a melhoria do serviço.

Instigante pensar como esses aconselhadores, com dadas características pessoais e profissionais, refletem sobre os atributos para exercer a atividade de aconselhamento. Observa-se que, na ótica dos aconselhadores, os atributos que constituem um perfil esperado, o qual abrange dimensões relacionais, proximidade com a atividade e investimento na formação.

---

No âmbito relacional, foram destacados:

 *...eu acredito ou penso que é difícil trazer alguém que está entrando para a rede e ir para o aconselhamento. Eu nunca tinha trabalhado em Saúde Pública, é todo um universo de conhecimento, de fluxos, precisa de perfil, de gostar, de comunicar-se, conhecer, investigar, ser criativo, exige mais habilidades de área de humanas do que só bagagem técnica. (A10)*


 *Penso que no serviço todo, COAS e Ambulatório, considero as pessoas muito fortes, no sentido de atender bem ao paciente, às vezes até exageram, isto é um diferencial.(A4)*


Relacionar-se com o outro emerge como uma marca profunda no trabalho do aconselhador. Assim, Domingues (2004, p. 78) referencia sobre a relação que se manifesta no aconselhamento:

A delicadeza desse momento é potencializada pelo fato de que, em maior ou menor grau todos tangenciamos e compartilhamos as representações que compõem o discurso recorrente da AIDS, onde a vergonha, impotência, fatalidade, sofrimento e morte são elementos presentes de forma inequívoca.

Desse modo o processo é vivido com uma grande carga de ansiedade e angústia sobretudo quando a percepção de risco aponta para a possibilidade concreta da infecção pelo HIV.

Desdobra-se, segundo os entrevistados, a relação interpessoal como uma possibilidade que se imbrica com a proximidade da atividade de aconselhamento:


 *Ter perfil para aconselhar é importante. Só fica em COAS quem gosta. (A5)*


 *Não são todos que tem perfil, pois são tantas angústias no HIV, tanta dor, perdas que precisa de ter aptidões. Você precisa ter conhecimento, gostar, conhecer a rede. a gente cresceu e sentiu a necessidade de melhorar, para tanto buscamos treinamentos, materiais. (A10)*

 *A gente não segura a equipe se esta pessoa não gostar da atividade (A4)*

---

Gostar do que faz emerge, para os entrevistados, como um forte motivo para buscar uma formação permanente:

 *O aconselhador precisa estar bem preparado... (A11)*

 *Ter conhecimento, formação e trabalhar com o tema sexualidade. Escutar, nem sempre tem técnicos que consigam trabalhar com este tema. (A4)*


Porém, não encontramos registros na literatura sobre a formação do aconselhador para que pudéssemos aprender, discutir e refletir. Considero o processo formativo do aconselhador um objeto de estudo que merece aprofundamento.

Sobre a organização do trabalho e a formação na área de saúde, Salgado (1997, p. 83) revela:



Além da responsabilidade, da importância do trabalho e até do risco que o usuário do serviço corre em função de uma possível não qualificação desse técnico, a mencionada escassez de estudos, certamente deve dificultar a organização, a proteção e a defesa desse indivíduo enquanto trabalhador. A área de saúde precisa ser examinada com mais atenção e cobrar do Estado suas responsabilidades.

#### **4.2. Aconselhador: conhecendo sua inserção no serviço de testagem**





Os aconselhadores relataram suas inserções no serviço público até chegar a desenvolver a atividade de aconselhamento. Percebeu-se que alguns dos aconselhadores ao iniciar as atividades foram disponibilizados para o serviço, sem saber sua função e com desconhecimento do trabalho. Neste sentido, se evidencia a falta de experiência na área e de conhecimento prévio sobre as características do serviço, somado à inexistência de padronização formal dos pré-requisitos necessários:

 *Na verdade eu só fui entrar no COAS mesmo depois de chamado a trabalhar lá. Fui sabendo muito pouco do que era aquilo (A3)*



---

-  *...eu iniciei dois meses e depois vim para cá, desci para um local que estava sendo inaugurado, foi tudo muito novo. (A2)*
-  *Minha inserção no aconselhamento caiu de pára-quedas, em dois meses que eu estava trabalhando no serviço público fui para o COAS (A2)*

Na trajetória no serviço público, anterior a inserção no COAS, observa-se diversidade de caminhos. A maioria dos entrevistados realizou outras funções que não envolviam interações com pacientes soropositivos, antes de serem convidados a participar do COAS:







-  *Eu prestei concurso e entrei como psicólogo hospitalar, após um ano recebi o convite para ir trabalhar no COAS (A3)*
-  *Quando vim para cá a convite, meu primeiro interesse não era o COAS, trabalhar no COAS, ele já existia, começou em 96 com outra coordenação, nesse tempo a pessoa saiu, ficou sem coordenação... (A4)*
-  *Eu tive uma passagem rápida pelo Estado, eu fiz concurso em 94 fiquei um ano trabalhando em RH, depois fiquei 6 meses em uma unidade de saúde, depois fiz o concurso, passei, vim para cá, na ocasião estavam implantando o COAS, eu ocupei a vaga.... (A6)*
-  *Nestes quase 20 anos de serviço público, passei a ser aconselhadora em 99... (A7)*

Os demais aconselhadores entrevistados foram gradativamente se aproximando a esta área, realizando primeiro, trabalhos relacionados com pacientes soropositivos ou doentes de AIDS:

-  *Do Hospital já vim para o Ambulatório de DST e COAS, um ano antes de sair do hospital entrei na área de AIDS, começavam a surgir as internações de AIDS, e... (A5)*
  -  *Entre na Prefeitura no ano de 2000, prestei o concurso em 98, no ano de 2000 fui chamada, comecei aqui na farmácia central; aqui nós fazemos a dispensação de antiretroviral, daí me interessei pois tinha contato com os pacientes; como o serviço do ambulatório de AIDS ficava aqui na*
-


*unidade central, conheci os pacientes e os técnicos; na época estavam montando uma equipe para atender no CTA que também estava se formando e eu me interessei em participar, a principio entrei participando da distribuição de medicamentos, depois fui me envolvendo, fazendo cursos, fiz o curso de aconselhamento há um ano atrás, foi um curso de 3 dias, a partir desta época, fiz aconselhamentos, comecei. O interesse foi pessoal. (A11)*

Em relação à trajetória dos Aconselhadores no serviço público foi unânime o relato de que suas experiências anteriores no campo da assistência e do ensino foram fundamentais, para desenvolver atividades de aconselhamento:


-  *...formando-me, voltei a instituição em 1987, da seqüência de trabalhos na instituição, até por conta do perfil, experiência que eu tinha acumulado e tudo, eu fui convidado para COAS (A1)*
  -  *...utilizava no trabalho hospitalar, entre aspas, o aconselhamento voltado mais para o psicossocial, não tão burocrático, o social apenas. (A5)*
  -  *Na verdade lá eu era generalista, atendia tudo, foi uma grande experiência de vida, algumas dificuldades, porém grande experiência acabei tirando da Saúde Pública. (A4)*
  -  *No início, minha formação me ajudou muito, ser psicólogo facilitou no contato, na entrevista, em conhecer.(A6)*
  -  *Muita coisa da assistência eu aproveito para fazer o aconselhamento. Eu vejo que a adesão do paciente ao tratamento só funciona se o profissional tem conhecimento técnico e de lidar com o paciente, e para fazer aconselhamento, deve passar antes por assistência, conhecer pacientes, a família, seus problemas, etc. (A5)*
  -  *O aspecto de ter sido professor, me ajuda no atendimento, facilita. (A1)*
-


### 4.3. Processo de formação para o Aconselhamento


Em relação ao processo de formação para o Aconselhamento em AIDS, os entrevistados apontam a ausência de experiências formativas prévias nessa área:

 *Não houve, assim, uma preparação inicial para depois assumir a função.*

(A3)

 *Nós iniciamos abrindo a porta sem treinamento, na verdade. (A1)*

 *Na verdade não passei por treinamento formal,, não fiz nenhum treinamento específico, não por me achar melhor ou pior, nada disso.(A4)*

 *Não fiz treinamento formal, no começo foi com a cara e a coragem. (A10)*





Estas falas nos remetem a pensar no sentido do que é formação. Segundo Batista (2004, p. 72):

Formação significa a construção de conhecimentos relativos a diferentes contextos: sociais, culturais, educacionais, profissionais. Desfaz-se a idéia do formar-se como algo pronto, que se completa e ou finaliza, assumindo-se uma compreensão de formação como processo permanente, com momentos provisórios de terminalidade (por exemplo, no que se refere à escolarização) e de que sempre são geradas novas oportunidades de desenvolvimento. Nesse contexto, a formação define-se, também, como interdisciplinar, pois é um processo que articula ética, conhecimento, valores, reflexão.


Uma visão ampliada do formar-se, como um processo singular e plural, socialmente condicionado e subjetivamente significado, permite identificar que mais do que a não existência de momentos formais que explicitam intencionalidades institucionais, faz-se necessário pensar em espaços formativos que instiguem a troca, o diálogo de diferentes aconselhadores, o (re)conhecer-se como também formador do usuário.

---

Na medida em que os entrevistados não identificam a vivência de uma preparação prévia, emergem dificuldades relacionadas a atuação num serviço com essas características:

-  *Foi traumático iniciar sem treinamento especialmente em um serviço desta natureza. (A2)*
-  *Mesmo quando começa o trabalho de aconselhamento, nesta área de HIV, AIDS, há uma demanda pessoal que aparece, que é questão de enfrentamento de situações que não estávamos preparados antes para isto. (A3)*
-  *No primeiro momento foi difícil, porque naquela época ainda tinha todo o estigma, todos aqueles comentários sobre o serviço e me parece que até a administração tinha dificuldade de encontrar profissionais que quisessem trabalhar naquele serviço. (A1)*
-  *...a questão da confiança aliada ao risco, confiam no marido ou esposa e não se acham em situação de risco, e pra você mudar isso ou trazer esta conversa para o casamento, sem rotular que todos são infelizes, mas que eles parem e conversem com os parceiros, pelo menos discutir na relação a possibilidade de existir o uso de preservativo caso haja uma relação extra-conjugal. E aí acho uma dificuldade nossa, pois o paciente fala se eu falar isso já estou dando margem para a traição...(A5)*

A falta de formação para comunicar o resultado positivo do teste do HIV, aliada ao fato de exercer uma função historicamente realizada por médicos foi ressaltada na seguinte fala:

-  *Foi mais difícil a preparação para entregar resultado com este peso, com esta pressão, pois no início todos questionavam, os profissionais não médicos, entregar resultados? Era um procedimento médico, que eles faziam. Pedir exame no COAS era novo, os primeiros resultados eram negativos, demorou chegar um positivo; o primeiro a gente não esquece. Da equipe eu fui a primeira a dar um resultado positivo, eram em 3 na época, era uma pessoa que já desconfiava de ser positiva, foi mais tranqüilo. Não me abalou tanto. (A5)*
-





Observa-se, mais uma vez, que propor treinamentos pontuais para profissionais que exercem o Aconselhamento parece empobrecer as possibilidades das dinâmicas formativas. Acreditamos que lidar com as diferenças, com os modos próprios de formar e com as interações que podem ser construídas, exige de parte dos gestores a configuração de situações de formação do aconselhador.

Neste processo formativo, é necessário desenvolver a capacidade da escuta ativa. Escuta que exige a vivência ambígua do conhecer e não saber, aprendendo o respeito, a humildade, a coerência e o compromisso ético-político com o outro. Uma escuta que situa aconselhadores como mediadores de processos de apropriação e construção de conhecimentos sobre uma situação de saúde, de vida.

O aprimoramento das práticas de saúde é uma busca constante dos profissionais comprometidos com a qualidade da atenção. A qualificação da equipe é um dos fatores essenciais para atingir este objetivo. Para tanto é fundamental que os gestores assegurem às equipes, processo de formação que leve em consideração sua realidade e auxilie na reorganização de seus processos de trabalho.

#### **4.3.1. Experiências de formação**




As experiências de formação foram valorizadas pelos aconselhadores:

-  *Começaram a surgir alguns cursos nos encontros do Programa Estadual da AIDS, foi o que me salvou muito tempo (A3)*
  -  *Logo depois nós passamos por treinamentos e vários cursos foram se sucedendo (A1)*
  -  *Fiz treinamento formal após dois meses de iniciar aqui.(A2)*
  -  *Fui treinada para o COAS em 1996. Quando eu vim estava tendo a reforma no prédio, inaugurando o COAS, estava começando. Fui treinada em [cidade] pelo COAS de [cidade] e a equipe local; (A5)*
-





Alguns movimentos permitiram que a população de certa maneira pressionasse os serviços em busca de atendimento do aconselhamento, a Coordenação Nacional de DST/AIDS (2004) desde o final de 2001 apresentou uma campanha nacional de estímulo ao conhecimento da condição sorológica para a população. Assim obrigou os gestores municipais e estaduais que avaliassem suas rotinas relativas a testagem, considerando ainda a capacidade da rede ambulatorial especializada em receber novos casos de pessoas positivas ao HIV. Isto gerou uma demanda por capacitações em aconselhamentos e fez com que os profissionais discutissem o trabalho (BRASIL, 2004b)

A troca de experiências durante o processo de formação, a ênfase nos aspectos do acolhimento e a preparação para exercer funções que habitualmente eram restritas ao profissional médico, foram aspectos especificamente ressaltados pelos entrevistados:

-  *Dois treinamentos me marcaram muito... a gente trocou muita informação e experiências... foi de grande valia para mim (A1)*
-  *O processo de formação foi tranquilo para mim, ver outros profissionais não médicos pedir exame não é problema e não foi problema... (A4)*
-  *...na verdade quando houve treinamento para as pessoas que iam começar, eles foram para [cidade] e eu fiz com eles alguns treinamentos. Também, eu treinei com eles e aprendi a lidar com as várias fases dos pacientes, a negação, a submissão etc. (A4)*

A busca ativa de informações e o treinamento em serviço supervisionado foram instâncias importantes na organização dos serviços, na ótica dos entrevistados:

-  *...buscamos informações no Ministério, fui para São Paulo, Campinas nos ajudou. (A10)*
  -  *Fiz o treinamento formal no [instituição], e aqui veio o pessoal da [instituição] e de [cidade] fazer o treinamento em Serviço; já tinha feito outros treinamentos, assisti palestras, fiz treinamentos na [universidade], etc. Tudo foi ótimo. (A8)*
-

Os aconselhadores destacam cenários institucionais importantes e significativos no seu processo de formação. Estas informações podem ser de utilidade para os coordenadores de programa e técnicos envolvidos em formação, no sentido de identificar no município e no Estado, instituições ou serviços que possam promover espaços de reflexão, trocas de experiências e auxiliem na qualificação da equipe subsidiando o processo de formação.

O planejamento das capacitações tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b):

Há de se planejar capacitações onde alguns temas são recomendados pelo Ministério da Saúde para a atenção Básica. Dados epidemiológicos locais, informações teóricas sobre DST/HIV/AIDS diagnóstico laboratorial, sexualidade e gênero, vulnerabilidade, drogas e redução de danos, Ética e Direitos Humanos, Práticas Segura, Aconselhamento e Organização do processo de trabalho das equipes. (BRASIL, 2004b)

Segundo Batista (2004, p. 73):

Torna-se possível reconhecer três dimensões no processo de formação: dimensão individual, a qual revela intenções, projetos, informações, que condicionam a maneira de agir das pessoas; dimensão social, marcada pelas tradições, pelos conhecimentos, valores que orientam as relações entre pessoas e grupos; dimensão educacional desvelada no encontro das diferentes áreas científicas, com as ênfases, culturas, conteúdos e metodologias que caracterizam diferentes propostas de formação profissional.

As dimensões citadas pela autora articulam-se com as idéias de Pineau (2000) e Galvani (2002):





No âmbito da auto-formação, localizam a construção da consciência do sujeito sobre sua necessidade de continuar o processo de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional, otimizando a superação de seus saberes e vivências. A heteroformação envolve as interações com as outras pessoas, com diferentes interlocutores, trocando informações, estabelecendo análises e discussões a partir de diversos pontos de vistas. Todo esse movimento ocorre no terreno da ecoformação: espaços e cenários de aprendizagem, que trazem contribuições culturais, sociais e educacionais, condicionando também as possibilidades de formação das pessoas.

---


Como aconselhadora vivenciei a falta de sistematização da formação em serviço e o desconhecimento da área responsável por esta tarefa, o que gerou, muitas vezes, desgastes desnecessários no cotidiano do trabalho do aconselhamento. Neste contexto, ratifica-se a importância dos aconselhadores terem valorizado as experiências formativas vivenciadas durante sua atuação nesta área.


#### 4.3.2. Aconselhamento: aprendizados no cotidiano


Os aconselhadores também enfatizaram as experiências adquiridas no cotidiano como situações que favoreceram sua formação para realizar esta prática e relataram diversas ações que realizaram em busca de aprimoramento (leituras de materiais específicos sobre aconselhamento, informes técnicos sobre doença e prevenção, contatos com outros serviços que tivesse alguma experiência, conversas com outros técnicos):

-  *O que trouxe a facilidade com certeza, foram os treinamentos e a experiência do dia a dia (A1)*
  -  *O que, às vezes, torna mais fácil no aconselhamento são algumas experiências pessoais de vida. O aconselhamento é também uma experiência de vida (A3)*
  -  *Eu lembro que eu anotava, em casa dava palestras para treinar, sozinha, eu queria saber, aprender, eu assisti várias palestras antes, é até repetitivo, mas cada um dava de um jeito. Eu queria achar o meu jeito segundo as normas. Eu lembro que tinha uma ficha, eu montei, fiz os desenhos, e fui inventando uma forma própria de aconselhar, dar a palestras, eu utilizo todos os recursos, apesar de ter o diálogo, a troca, eu sou uma que gosta de utilizar muitos recursos audiovisuais.. (A5)*
  -  *Voltando um pouquinho na formação, quando eu fui atender as pessoas com HIV eu aprendi muito, e mudei muito meu discurso da prevenção junto com os treinamentos. (A6)*
-


O contato com os pacientes e a troca de experiências com outros profissionais da equipe também contribuíram significativamente no processo de formação:

 *O que aconteceu foi sentar junto com o Enfermeiro do Serviço, que tinha mais experiência e ouvir todas as informações; sentar junto com a assistente social que estava no serviço há mais tempo e ouvir dela e aproveitar. (A3)*

 *Conversar, fazer perguntas técnicas desta forma que fui acumulando, somando informações sobre o Serviço. (A3)*

 *Na época fui acompanhando quem estava na prática, como era o processo, trabalhar com palestras já era do meu conhecimento... (A4)*

Aspectos relacionados ao desenvolvimento pessoal foram apontados como relevantes para o desempenho profissional nesta área:

 *Sabe o que eu acho? Acho que, eu sou suspeita, pois eu passei por um processo de análise anos e anos, continuo fazendo, acredito nisto, acho que é fundamental, acho que as pessoas que estão trabalhando com isto deveriam passar por um processo desse, faz toda a diferença, isto não está dado, por acaso; eu não fiz por isso, por acaso, eu fiz por mim... (A4)*

Estas falas permitem perceber a complexidade do Aconselhamento como prática profissional em saúde, o que implica em processos múltiplos e igualmente complexos de aprendizagem e formação. Neste contexto, o CTA é um espaço que favorece a troca de experiências entre os integrantes da equipe conforme cita Achkar (2004, p. 36): "no CTA, temos a oportunidade de nos aproximar, aprender, tanto quanto seja possível".

---

Segundo Passarelli (2004, p.16):

Precisamos olhar para nossas experiências, com o viés do contexto onde elas estão inseridas, se quisermos, efetivamente, aprender algo com elas e, a partir disso, orientar nossos passos para o futuro. Aprender com as experiências consiste em um processo coletivo e compartilhado de atribuir sentidos... a cada passo da ação seus inícios, meios e fins. Assim o trabalho de prevenção é apreendido (ressignificado) na relação dialógica que podemos estabelecer com os sujeitos de nossas intervenções, conseguindo enxergar e reconhecer o nosso lugar e do outro nesses processos de interação social. Isso implica e uma forma de relação com os modelos de intervenção.

Neste sentido, os aconselhadores, mediante a inserção em experiências formativas, participação em curso de capacitação, a vivência no cotidiano do serviço, articulada à troca de experiências entre profissionais, parecem estar envolvidos na construção de cenários de aprendizagem e formação que sejam significativos pois consideram as necessidades dos usuários, os novos padrões da epidemia e, também, as demandas dos profissionais e suas expectativas.

---




## 5. CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO ACONSELHAMENTO

Conhecer as concepções e práticas do aconselhamento se faz necessário na medida em que, como situa Passarelli (2004, p. 15), a AIDS dá novos significados às práticas de educação em saúde, tal qual como vemos nas abordagens direcionadas à redução de danos a saúde pelo uso indevido de drogas, na prática do aconselhamento e da testagem, nos trabalhos das ONGs e nos discursos dos poderes públicos sobre prevenção e promoção da saúde. O autor acrescenta:




Nesse aspecto podemos situar o trabalho desenvolvido por profissionais que desenvolvem o aconselhamento desde 1989. Os CTAs têm como primeiro objetivo, que permanece até os dias de hoje, oferecer o teste anti-hiv para todas as pessoas que se consideram em risco para infecção pelo vírus da AIDS, propiciando o diagnóstico precoce das pessoas já infectadas, com o imediato encaminhamento aos serviços públicos de assistência, e a possibilidade de uma interação preventiva face a face, entre o profissional de saúde e Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido os CTAs são considerados “porta de entrada” da população para o contato com o mundo da AIDS, suas estratégias de prevenção e formas de enfrentamento. Por ser um serviço de procura espontânea, tinha melhores condições de efetuar o aconselhamento, a partir de uma dimensão que efetivamente aplica um dos princípios essenciais: a boa acolhida e a escuta das necessidades trazidas. O aconselhamento ainda hoje é uma ferramenta útil na tarefa de sensibilizar pessoas e grupos com relação à necessidade de adotar práticas preventivas e enfrentar a AIDS a partir de estratégias coletivas que promovam a solidariedade.

### 5.1. Aconselhamento como prática de educação em saúde

Os aconselhadores entrevistados ressaltaram os **aspectos educativos** desta prática:

-  *O aconselhador tem que ter amor pelo próximo, gostar do ser humano: Aconselhar é ser educador (A6)*
-  *Não podemos esquecer que o grande momento é a questão educativa, é o grande momento (A1)*
-  *Acho que é um processo educativo bem complexo (A3)*

Os sujeitos situam a questão educativa no contexto da **prevenção e promoção da saúde**, integrando questões relativas ao ambiente sócio-cultural:

-  *Eu acho que promoção começa aí, você não consegue separar o indivíduo do seu meio, tem que atuar assim, sem separar (A2)*
-  *O marco geral é a educação, eu acho que promoção da saúde. (A2)*
-  *A prevenção é vida. (A6)*

Estas falas podem ser compreendidas no marco dos estudos que, no contexto da epidemia da AIDS, colocam a prática do aconselhamento como uma estratégia de promoção da saúde relevante, sendo parte essencial no momento do diagnóstico do HIV. Os procedimentos chamados de pré e pós-testes têm princípios bem definidos que auxiliam o profissional do serviço a incorporar uma concepção de trabalho e a lógica da promoção e prevenção das DST/HIV/AIDS. Neste sentido, são componentes do processo de Aconselhamento em AIDS: educação, apoio emocional e avaliação dos riscos (BRASIL, 1999b).

O aconselhamento favorece um acesso direto a um grande número de indivíduos, reforça a disseminação de informações, contribui para acelerar o lento movimento da mudança comportamental. Segundo Domingues, (2004, p.79):

---


A realização do teste anti-HIV possui como objetivo não apenas a detecção do agente etiológico da AIDS no organismo de uma pessoa, mas oferecer um campo propício para que a discussão sobre prevenção, primária ou secundária, se estabeleça como um dos eixos principais, a partir de um processo educativo capaz de se reproduzir em outros contextos contando com o indivíduo como sujeito de direito, apto a gerir sua história como cidadão crítico e ciente de seus direitos e deveres.

A respeito dos conceitos científicos que explicam os processos de saúde e doença, Vermelho e Barbosa (2004, p. 7) afirmam:

As estratégias educativas parecem deter o avanço da epidemia, os modelos de assistência à saúde estão colocados em cheque. Acreditamos que somente através da reflexão crítica e da troca de idéias e experiências advindas de campos diversos do saber poderemos encontrar “luzes” que, além de reduzir o impacto pela infecção do HIV sobre as sociedades, transformem efetivamente nossa maneira de ver e entender a saúde, o corpo, a sexualidade, os afetos, as relações humanas e a solidariedade. Destacamos neste sentido que o espaço ocupado pelos CTAs é estratégico e sua proposta metodológica é inovadora. Embora suas atividades estejam calcadas em objetivos claros e em experiências definidas, os desafios metodológicos que advêm de uma nova proposta assistencial trazem sempre questões que exigem discussão e reflexão coletivas. O tema do aconselhamento aponta para a necessidade urgente de assumir a integralidade na assistência à saúde.

O reconhecimento do aconselhamento como estratégia de promoção e educação em saúde talvez seja um fator importante na maneira de estruturar os espaços de realização da atividade, superando modelos centrados na transmissão de conhecimentos em que o repasse de informações é considerado uma garantia de mudança de comportamentos, investindo em formatos mais dialógicos e interacionais.

Há todo um processo de reestruturação de saberes, no qual os participantes identificaram transformações nas **concepções do processo de saúde/doença**, no contexto do aconselhamento em AIDS:

 *Quando eu comecei trabalhar com AIDS fui estudar a morte, hoje falamos de HIV/AIDS e vida devido aos avanços. Viver com HIV e AIDS é possível e com melhor qualidade (A5)*

---





Segundo Domingues (2004, p.80):

Quando se acredita que o HIV/AIDS seja sinônimo de fim, de morte, de perda da esperança e do sonho, a soropositividade se apresenta como uma tragédia. Mas o resultado positivo não implica o fim do sonho, mas o começo de um novo percurso. A pessoa pode aprender a viver de forma mais positiva, literalmente, entendendo que tal fato não rompe com sua vida, mas inaugura outros projetos. É preciso encarar essa nova realidade como uma perspectiva de qualidade de vida, de forma a não morrer de AIDS e sim viver com AIDS. Como dizia Herbert Daniel, faz-se necessário reconhecer que existe vida antes da morte e, a partir daí, viver plenamente.

Este autor situa, com propriedade, a influência significativa do modo de agir e das concepções sobre o objeto de trabalho e estudo. Na prática do aconselhamento, refletir sobre as representações significa um permanente exercício e compromisso com a mudança, com o novo, e com o entendimento das concepções e representações dos outros para avaliar as ações preventivas.

Mais uma vez traduz-se a importância e complexidade do Aconselhamento que sendo, na ótica dos entrevistados, um processo de educação em saúde, mobiliza pessoas em suas dinâmicas de trabalhar a **consciência sobre as situações de risco e a adoção de práticas seguras:**

 *Hoje é importante ajudar ao usuário se ver em situação de risco, isto temos claro, a população tem a informação, as pessoas ainda não vêem as suas relações sexuais como risco... (A6)*

 *Abertura do horizonte do paciente para a prevenção; ele tem que sair daquele mundo, que bom comigo isto não acontece, ah que bom eu sou negativo, então tudo bem. A preocupação da prevenção pode ser plantada no aconselhamento. (A11)*

Trabalhar a favor da mudança nos parâmetros de consciência implica em uma disponibilidade interna do profissional de saúde de também alterar sua relação com o próprio conteúdo do aconselhamento. Em relação a esta temática Achkar salienta (2004, p. 36):






---

Se a AIDS continua a ser vista como algo estranho a nós mesmos, que só existe, como possibilidade de ocorrência na casa alheia, é preciso descobrir como implicar os sujeitos na realidade presente e próxima do risco de contaminação.

O aconselhamento, nesta perspectiva, é um diálogo baseado na relação de confiança que visa proporcionar as pessoas condições para que avaliem seus próprios riscos, tomem decisões e encontrem maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados à DST/HIV/AIDS.

Explicitam-se desafios para o profissional, envolvido e comprometido em ouvir as preocupações dos indivíduos e propor questões que facilitem a reflexão, a superação de dificuldades, o acesso a informações, o apoio emocional e auxilia na tomada de decisões.


Desenvolver estas intervenções exige também, na ótica dos entrevistados, **comunicação por meio do diálogo e da escuta ativa para conhecer as dificuldades, sentimentos e hábitos dos usuários:**

-  *Aconselhamento não é conversar por conversar; é sempre da conversa que parte para a orientação, e ouvindo, o que ela deseja, o que ela pensa, com isto você vai começando a trabalhar, então eu só consegui perceber isto depois que entrei no COAS . (A2)*
  -  *O objetivo é a escuta, não dar conselhos, e sim direcionar o conteúdo para a prevenção, assistência e outros . (A1)*
  -  *A escuta é imprescindível. (A8)*
  -  *Acho que os pacientes buscam muito aqui, é a questão de ter alguém para ouvir, acho que a escuta, o que sai de um resultado de exame é muita coisa, se você tiver tempo, e disponibilidade interna, eu acho que dá para você fazer a diferença. (A5)*
  -  *A questão da comunicação tem um peso muito sério no atendimento, nós estamos falando de situações que normalmente não são faladas. (A3)*
-

Em relação a esta atitude de escuta Vermelho e Barbosa (2004, p. 11) alertam:

Atitude de escuta ao invés de repasse de informações ou orientação normativa, capacidade para compreender o outro enquanto indivíduo com determinação sócio-culturais próprias, construir roteiros no processo do estabelecimento da relação profissional-usuário, considerando-se as reais demandas do indivíduo, a avaliação de risco centrada na vivência, percepção e expectativa dos usuários, utilizando como matéria prima as vivências, falas e percepções desses indivíduos para elaboração de planos de ação, valorização dos sentimentos, dúvidas, percepções, adequação da linguagem do contexto cultural devem ser considerados. Estes são desafios fundamentais para uma abordagem de aconselhamento que aponte para efetivas mudanças na vida e nas relações sócios-afetivas que expõem a população ao um maior risco de infecção pelo HIV.

Exercitar esta escuta sensível tem representado uma maneira de se ressaltar a importância de **atender a demanda dos usuários** que se defrontam em ambientes permeados por preconceitos:

 ... hoje eu até atendi uma pessoa pela primeira vez, ela veio de uma outra cidade, meio fugindo do preconceito. O preconceito do HIV começava com ela; e ela estava muito angustiada, nervosa, querendo saber de quem ela pegou a doença, primeiro eu ouvi o que ela estava trazendo, qual era a sua angústia, se eu começasse a despejar teorias, talvez não fosse o que necessitasse. Essa escuta, após 30 minutos de atendimento, que é o que podemos oferecer aqui, referiu que estava saindo mais tranqüila. Tudo isto porque eu ouvi primeiro, naquele momento era ouvir a demanda . (A9)

Conhecer as dificuldades dos usuários é uma das estratégias que permitem aproximar-se de sua realidade, para iniciar a relação do aconselhamento onde o respeito pelos valores do outro constitui um elemento fundamental:

 Perceber os valores dos outros e respeitar é importante . (A1)

---

Estimular mudanças de valores e práticas exige uma preparação da equipe e do serviço para acolher a subjetividade dos usuários. É parte essencial dessa prática conhecer as principais vulnerabilidades para a infecção do HIV, as necessidades particulares dos usuários, suas características e estilos de vida para desenvolver uma abordagem sobre os riscos, respeitando as suas especificidades.

Apesar do desenvolvimento histórico do termo vulnerabilidade, usamos o termo segundo o contexto e conceito mencionado: ele pode ser resumido justamente com o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade a infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger. (AYRES, 1999, p. 23)




O termo Aconselhamento não é entendido como “dar conselhos”, e sim como **acolhimento** de pessoas que chegam ao serviço com diferentes situações de vida, a procura de ajuda. Assim, o aspecto afetivo e a qualidade do atendimento são particularmente valorizados:

- ☐ *O próprio termo é um termo ruim, Aconselhar não é dar conselhos (A3)*
  - ☐ *Para começar acho que não é aconselhamento a palavra, no meu conceito eu acho isto uma atividade de acolhimento, pegar no colo mesmo. (A3)*
  - ☐ *A pessoa chega despedaçada, ela chega em uma situação difícil, não é hora de aconselhar no sentido de dar conselhos, de ensinar algo, de orientar, é hora de acolher (A3)*
  - ☐ *Porque a gente conversa, atende, é um acolhimento, passa-se segurança, apoio pessoal, é um serviço pessoal (A3)*
  - ☐ *A finalidade, o diferencial é o serviço é a qualidade do atendimento do aconselhador (A3).*
  - ☐ *Aconselhamento é jeito, postura em atender.*
-


O aconselhamento, entendido a partir destas falas, transcende o âmbito da testagem, e contribui para a qualidade das ações educativas em saúde, fundamentando prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas de prevenção das DST e AIDS e que orientam os indivíduos no caminho da cidadania e plena utilização dos seus direitos. Segundo Ayres (2003, p. 117-139):


É preciso concorrer para que os sujeitos sociais sejam alertados sim, mas também para que, além disso, respondam de forma a superar os obstáculos materiais, culturais e políticos que os mantêm vulneráveis mesmo quando individualmente alertas. Mais que serem informadas, é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas. A atitude construtiva é aquela que melhor parece concorrer para que as pessoas possam de fato buscar e se apropriar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar de informações que façam sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitam superar as situações que as vulnerabilizam. O técnico da saúde, deve ser um mediador do encontro que deve se dar entre a população e o conjunto de recursos que uma sociedade dispõe (informações, serviços, insumos para Construir Saúde).

Lidar com a mudança nos níveis de consciência no enfrentamento dos processos de saúde-doença, representa, para os aconselhadores, uma possibilidade para que os usuários **se reconheçam como sujeitos de sua própria saúde** e sejam partícipes do processo de promoção da saúde:

-  *O aconselhamento veio para mudar a prática assistencialista, o aconselhamento é primordial... A pessoa começa a se sentir, começa a se olhar, como pessoa, como cidadã é responsável por seus atos. (A1)*
  -  *O que ele fizer vai ser para ele, principalmente quando ele começa a contar sua história e se reconhecer e ver que ele próprio contribuiu às vezes por sua situação (A2).*
  -  *Responsabilidade: Eu acho que no aconselhamento é fundamental ouvir e falar sobre responsabilidade pela saúde, sua primeiro e depois do outro (A10)*
-

O desenvolvimento de uma **atitude de autonomia** e tomada de consciência por parte dos usuários também foram questões ressaltadas como presentes na dinâmica do Aconselhamento:


 *Então todo esforço pessoal e neste convencimento, nesta educação, que dirigir a própria vida é um processo de cuidar da própria saúde, e não ficar dependendo dos outros (A3)*

 *Para mudar precisa de muita consciência do paciente... Alguns até mudam, algumas coisas, a escuta, é fundamental . (A5)*


Os relatos dos aconselhadores permitem identificar zonas de congruência com os princípios norteadores desta prática, explicitados no Manual do Aconselhamento (BRASIL, 2004b).

## 5.2. Prática do Aconselhamento


O Aconselhamento pode ser realizado tanto de forma individual como coletiva, estas modalidades existentes e comentadas pelos aconselhadores são escolhidas de acordo com o público alvo e o contexto. O atendimento coletivo pode ser realizado em resposta a uma demanda específica de Escolas e diferentes Grupos Comunitários, constituindo o chamado CTA itinerante, onde a equipe se translada aos locais correspondentes. Uma outra modalidade de atendimento coletivo acontece na própria unidade quando são agendados encontros para atendimento grupal. Nesses primeiros contatos é oferecida a possibilidade de realizar o teste do HIV na unidade. Em relação a esta modalidade os entrevistados comentam:


 *Tem um determinado momento que a gente faz coletivo, por exemplo, escolas, nós somos muito procurados por escolas. (A1)*

---


 *No pré-teste a gente ouve no coletivo, a pessoa fala da importância de ter conhecido o COAS, muitos vêm buscar preservativos. Desde o pré-teste até a retirada do resultado, aqui em Jundiáí, leva em média 20 dias. A pessoa passa a perceber (no coletivo) a importância dos preservativos, fala do susto que levou, transformou sua atitude. Recebemos o retorno de pessoas que vem aqui por indicação de outros usuários. Outro retorno positivo que vejo nestes 8 anos, são as pessoas que vem aqui só para pegar os preservativos. (A6)*

Dentre as vantagens do atendimento coletivo são citadas o fato de compartilhar experiências, o caráter de contenção afetiva do grupo, receber informações gerais sobre medidas preventivas, sendo que para muitos sujeitos representa o primeiro contato com o serviço:

 *Quando tem diversas pessoas e a gente fala de forma generalizada serve de uma certa compensação, a pessoa sente que não está sozinha nisso, não aconteceu somente com ela. (A3)*


 *Em grupo é legal, pois os tímidos acabam falando muito, depois que quebra o gelo. Pensar a atitude; exemplifico que estar casado não é passaporte para prevenção, precisa haver diálogo; confiança há de repensar sua vida sexual, sem ter confiança em si próprio, se prevenir a questão da infidelidade no casamento não é conversada. (A10)*

Existem estratégias de atendimento que contemplam atividades coletivas para usuários com demandas específicas, como adolescentes, presidiários, idosos e outros. No caso das mulheres em gestação foi salientada a necessidade de oferecer mais informações básicas sobre diagnóstico e prevenção:


 *Na modalidade coletiva quando eu falo com gestantes no CTA eu explico porque ela faz o teste de HIV e explico também as demais, porque elas desconhecem. Eu acho que os profissionais atendem em massa, e na massa não tem diferenças, passa tudo.(A10)*


---

A complementação com o atendimento individual foi ressaltada:

 *No coletivo, a gente explica o que é de caráter geral, mas nós temos e oferecemos atendimento individualizado, personalizado para quem quiser fazer perguntas. (A3)*

Para além da complementaridade, os aconselhadores destacam a importância do atendimento individual, personalizado, já que facilita a troca a criação de vínculos, a escuta ativa e o atendimento das demandas dos usuários:

 *Para mim o grande momento do aconselhamento é o individual, eu procuro direcionar sempre o aconselhamento no meu caso em o aconselhamento individual, porque o paciente fica mais a vontade (A1)*

 *A demanda individual tem que ser obrigatoriamente escutada no individual, até por conta do sigilo. Confiança é muito importante... Criar vínculo de confiança neste momento. (A2)*


Embora ainda no atendimento individual os pacientes podem apresentar algumas reticências para oferecer todas as informações pertinentes, Conforme Achkar (2004, p. 27):


um certo constrangimento nunca está completamente ausente no aconselhamento individual. Há diversas situações em que os usuários omitem informações a respeito de sua história pessoal.

Alguns questionamentos foram apresentados sobre o aconselhamento coletivo, quando os técnicos expressaram um certo cansaço em relação ao mesmo. Referido por alguns como palestra, esta modalidade de aconselhamento parece, por vezes, perder o objetivo ao qual se propõe: ser um momento coletivo de trocas, onde algumas informações podem e devem ser compartilhadas.

---



 *A dificuldade maior nossa, é o usuário, antes eu me sentia culpada, mas hoje vejo que todos passam por isso. A gente não quer ver a pessoa porque não agüenta mais, com a mesma história, sempre aparecendo nos atendimentos coletivos. (A5)*


 *A gente tem um limite, pois a gente fica olhando estes insucessos, e não vê os sucessos. No pré-teste a gente ouviu muito no coletivo e as histórias se repetem, às vezes com o mesmo usuário. (A6)*

Este momento não precisa transformar-se em uma aula que repita a dicotomia/abismo reforçada por tantas práticas de saúde, onde o profissional de saúde (aquele que sabe) e o cliente (aquele que não sabe) portam-se como se a comunicação vertical fosse a única alternativa. Aqui, é preciso ousar fazer diferente, ainda que se corra o risco de não serem abordados todos os assuntos programados pelo aconselhador. Cada grupo precisa ser entendido como singular e que, enquanto tal, demandará diferentes intervenções por parte de quem o coordena.

O aconselhamento coletivo e o individual são estratégicos e visam objetivos diferentes. Os assuntos da esfera da intimidade serão tratados no segundo, enquanto que o primeiro favorece a abordagem de informações gerais, realização de debates e outras estratégias grupais (FERREIRA, 2004):

O trabalho de conscientização, realizado no primeiro encontro, seja na modalidade individual ou coletiva, é percebido pelo aconselhador como um fator importante para o retorno do usuário à unidade.

Na ótica do aconselhador quando o paciente retorna ao serviço, para conhecer o resultado do teste, ele tem consciência da importância de realizar o aconselhamento:

 *Na segunda vez que passa na unidade, o paciente passa a entender o porque é necessário passar por um técnico para pegar o resultado, entende que é uma segurança para ele. (A2)*

---

Em referência a postura do público que procura o serviço os Aconselhadores relatam:

- ☞ *Quando procura nosso serviço, ele já está pensando, em se cuidar, prevenir. (A1)*
- ☞ *Então as pessoas vêm indicadas por alguém que já passou por ali, até interessante que as vezes as pessoas chegam com tanta confiança como já se fosse de casa; por que alguém falou tão bem do serviço, ela já vem tranqüila. (A3)*

Isto se evidencia, por exemplo, quando diante de um resultado positivo, o indivíduo revela que na realidade já contava com aquele resultado, pois seu parceiro ou parceira se encontravam já contaminados, o mesmo que ele próprio possuía um resultado positivo anterior.

- ☞ *Num primeiro momento pela nossa prática, de 60 a 80% dos pacientes já estão preparados, já sabem, parecem que sabem, que vão ser positivos. (A1)*

A falta de preparo para receber o resultado do teste de HIV, aliadas a atitudes defensivas dos pacientes, exigem habilidades comunicativas específicas do aconselhador unidas à compreensão da realidade sócio-cultural do público:

- ☞ *Às vezes, a pessoa não está preparada para receber o resultado, nem o positivo e nem o negativo, aprendi a ouvir mais e perceber isto. (A2)*
  - ☞ *Há pacientes que chegam para atacar, quando você começa a perceber, o grande desafio é este, conseguir desarmar; trabalhar, saber o que exatamente ele veio buscar. (A2)*
  - ☞ *Às vezes, você precisa de três ou quatro atendimentos para descobrir o que ele veio buscar. (A4)*
  - ☞ *Isto é normal acontecer em COAS; as pessoas relatam problemas sociais, relacionamentos financeiros no momento do aconselhamento. (A1)*
-

Na ótica dos entrevistados, a prática do aconselhamento não constitui uma atividade isolada, mas **integrada à equipe de saúde e a rede dos serviços de saúde:**

☐☐ *Ao meu ver o HIV veio mostrar para gente, que só trabalhando em equipe, com outras categorias podemos ajudar os pacientes. (A2)*

☐☐ *...eu não libero o paciente antes dele se sentir seguro; acompanho no ambulatório, mostro as instalações, explico, apresento o hospital. Dra., a equipe, etc. Apresento a assistente social, a enfermeira, faço ele voltar ao COAS, para que ele saia daqui com segurança, ou pelo menos volte com alguém; acho que temos esta atribuição. A questão da adesão, da importância da adesão eu já falo no início... (A5)*

☐☐ *O pessoal da rede hoje já entra em contato com a gente . (A6)*

☐☐ *Quando nós começamos nós tínhamos somente 60% das gestantes cobertas para exame de prevenção da transmissão materno infantil do HIV e Sífilis) dois anos depois de 2001 quando a gente começou a correr atrás dos treinamentos e avaliou o serviço, vimos que não estava bem, os médicos não ofereciam testagem para as gestantes, sabe como é, diante disto fizemos integração entre as equipes. Hoje nossa cobertura de acompanhamento de gestante é de 98% (A7)*

Estas considerações refletem a tendência do modelo de vigilância da Saúde incorporando-se nos serviços, pois segundo Paim e Amancio Filho (2000, p. 45):




A vigilância da saúde constitui-se em um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais vigentes e articular-se com as propostas atuais de promoção da saúde, implica a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nesta perspectiva, a vigilância da saúde aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas, vigilância epidemiológica e sanitária; e as práticas individuais, assistência ambulatorial e hospitalar, por meio da incorporação das contribuições da geografia crítica, do planejamento urbano, da epidemiologia, da Administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local.

---


Na prática do aconselhamento foi ressaltada a importância de complementar as modalidades individual e coletiva no contexto do atual modelo de vigilância à saúde que articula os diferentes serviços.

### 5.2.1. Dificuldades no processo de aconselhar


As dificuldades apontadas pelos entrevistados se referem particularmente ao constrangimento na **comunicação do resultado** do teste de HIV:

-  *...dar um resultado positivo para alguém, mobiliza muitos sentimentos. Tem exames negativos que dão mais trabalho para dar o resultado positivo, mas eu não consigo ficar indiferente... até hoje alguma coisa mexe, você leva aquela história para casa, aquela família, você vê na família que mudam em função do resultado... (A5)*
-  *Sobre atendimento de resposta ao teste positivo e negativo, nos primeiros positivos a gente sentia-se mal, sofríamos com isto, hoje em dia temos válvulas de escape para estas soluções. (A2)*
-  *No primeiro momento a apresentação do teste positivo, para mim era bastante traumático, porque naquele ano, naqueles anos atrás a questão da AIDS estava ligada muito com morte, então para mim isto era muito forte (A1)*


Os participantes da pesquisa desenvolveram estratégias superadoras, para enfrentar a comunicação do resultado positivo do teste:


-  *Em nosso serviço a gente pensou em padronizar uma maneira que todos nós soubéssemos quais resultados que estavam lacrados eram positivos e quais negativos, através da maneira como é dobrado o papel, sabendo, a gente se prepara anteriormente e muda a abordagem (A2)*
-

Os **preconceitos** do próprio aconselhador foram obstáculos difíceis de transpor, especialmente no começo do exercício desta prática:


 *...eu tive muita dificuldade no começo, eu cheguei com uma carga de valores, julgamentos, entender que eu não fui preparado para aquele primeiro momento é uma polêmica a questão sexo, a questão sexualidade, sexo, práticas sexuais. (A1)*


A **falta de divulgação** sobre a existência do COAS na comunidade, e **as críticas condições sócio-econômicas** da maioria das regiões atendidas foram apontadas como *fatores que obstaculizaram o aconselhamento*:


 *O COAS em si falta divulgação do serviço o que traz dificuldades. (A2)*

 *É mais dificuldade do que facilidade, esta região que é super carente, não é só carente de educação, saúde, mas de uma série de fatores, até humanos. A cidade é uma cidade dormitório. (A2)*

A **falta de preparo** do aconselhador, aliada a natureza do trabalho deste, que lida com aspectos relacionados a intimidade, vida sexual, relação saúde-doença e valores das pessoas cria situações difíceis de sobrelevar para o profissional:


 *A dificuldade é a experiência pessoal também, porque a gente nunca está preparada pra tanta coisa que aparece. (A3)*


 *Em alguns casos pensei que não estava preparado para enfrentar, difícil, não é fácil; eu nunca fui preparado para algumas situações. (A3)*

 *Então, hoje em dia eu consegui, a duras penas, ouvir mais o paciente; meus ouvidos estão mais sensíveis, mas ainda levo as coisas comigo, para casa. (A2)*

---

A **política de alocação e alta rotatividade de recursos humanos**, além do desenvolvimento de outras atividades além do aconselhamento, não privilegia a instância preventiva, dificultando e prejudicando o aconselhamento.


 *Nós temos alguns problemas, administrativos e um problema grave, não temos funcionário.(A4)*

 *RH é uma questão muito complicada, a gente vê outros municípios menores com um RH ampliado. A gente acaba se dividindo em função das demandas por exemplo foi solicitado um fluxograma de atendimento às violências domésticas. Aqui nos temos muito. Só o RH que temos é limitado. Este é o problema.(A9)*


Em relação à experiência do CTA de Curitiba os documentos assinalam a dificuldade devido a alta rotatividade dos profissionais que acabam sendo deslocados para outros setores. Esta realidade é reconhecida em documentos do Ministério da Saúde: “Contudo, garantir a coesão da equipe não é uma tarefa fácil, devido a rotatividade de recursos humanos...” (BRASIL, 2004b, p. 71).


Pode-se observar que além das dificuldades em alocar recursos humanos pela falta de pessoas que querem trabalhar em aconselhamento, pela política local que não privilegia as instâncias preventivas e pela necessidade de manter a equipe em serviços assistenciais, as coordenações de AIDS locais quando conseguem a vaga e o técnico, os conduzem diretamente ao serviço de aconselhamento, devido a falta de profissionais nesta área.

Dentre as limitações no processo de aconselhar os profissionais relatam a **baixa adesão, resistência e questões culturais** dos usuários:

 *Enfim, no começo sentia-me muito frustrada, muitas vezes achando que a culpa era minha, até que elaborei muito bem a questão. Que não tinha nada haver comigo, que era com a pessoa; que era uma limitação até, as vezes, intelectual; de informações, social, religiosa, cultural (Jesus me curou não vou tomar mais remédios) então a gente tem que lidar, até culturalmente falando: é um dos entraves maiores que encontramos, a questão cultural. (A9)*

---

 *Eu tinha dificuldades com gestantes, pois elas; no aconselhamento, falavam porque vou usar preservativos se já estou grávida. Esta colocação revela que não há preocupação com a prevenção, pois tinha gestante que ou tinha outro parceiro, ou referia que não confiava no marido. Acho que a abordagem do aconselhamento confronta com o íntimo das pessoas, a sexualidade, a falta de conversa na relação, etc. Eu sempre direcionava as questões para repensar os compromissos, tentar conversar, aproximar. Eu acho um trabalho difícil, que necessita bagagem até pela alta resistência das usuárias. A gestante é resistente, e ao mesmo tempo, é frágil. (A10)*

 *...o usuário que volta pela segunda vez para fazer o teste, já foi atendido, e envolveu-se no mesmo risco, passou por todos os aconselhadores da unidade, é o nosso limite, eles não mudam. (A5)*

Passarelli (2004, p. 16) em relação as dificuldades no universo do aconselhamento, quer seja enquanto aconselhador ou aconselhado, relata:







Se existe um consenso sobre a real eficácia dos modelos que apostam na cidadania e na promoção de uma relação igualitária entre os agentes e os sujeitos da intervenção, existem também limites e desafios que subjazem a essas crenças. Em primeiro lugar, temos a distância considerável entre o SUS e o lugar onde efetivamente a prevenção vem sendo realizada. O cotidiano da prevenção não é o mesmo da assistência, sendo que também os atores, agentes e públicos são diferentes. Além disso, são bem conhecidos os percalços para se alcançar a participação popular imersos que estamos em sistemas de educação e de decisões políticas altamente hierarquizadas e verticais, as prerrogativas em que acreditamos, que permitem implementar os nossos modelos de intervenção, ainda estão muito longe de estarem minimamente realizadas, o que nos dá a impressão muitas vezes, de que o trabalho nem se quer começou.

---

As dificuldades apresentadas: comunicações dos testes positivos, preconceitos, clientela com diversidades culturais e sociais, falta de preparo prévio, número restrito de aconselhadores devida a rotatividade de profissionais onde são privilegiados setores assistenciais, refletem o cotidiano dos aconselhadores.


### 5.2.2. Facilidades na prática do aconselhamento


Os relatos destacam a relevância da **experiência** acumulada durante a prática, além da participação em treinamentos, como facilitadores no processo de aconselhamento:

-  *Eu percebo que no aconselhamento, o que facilita hoje é a bagagem destes anos e de experiência acumulada . (A1)*
  -  *...é maturidade que ajuda (A3)*
  -  *A minha facilidade hoje: é a troca, a relação, a facilidade que tinha de deixar o paciente à vontade.(A1)*
  -  *Quando vim para cá foi tudo muito novo, hoje penso que, tive um crescimento muito grande pessoal e profissional (A2)*
  -  *As facilidades, eu dou exemplo verídicos, você pensou nisto, para ver se ela consegue despertar que ela está numa situação de risco e não percebe. De quando eu comecei a fazer o aconselhamento e agora, é muito diferente. Tudo que fui aprendendo no dia a dia, você vai aos treinamentos, você aprende; mas as trocas de experiências é o mais importante, então você conversa com um, com outro e isso gera conhecimento, não tem nem comparação com o passado. O dia a dia é rico. (A7)*
  -  *Hoje é muito mais técnico, eu encaro hoje como uma espécie de relação com o paciente, uma troca principalmente de informações e da demanda que o paciente traz (A1)*
-





Impactante o relato feito por um dos aconselhadores sobre experiências bem sucedidas:


 *O que mais me chamou a atenção eno COAS, foi, quando fui convidada para dar uma palestra no instituto, para pessoas cegas, eu entrei em pânico, pois nunca havia falado para cegos, falar em pênis, colocar camisinha no pênis de borracha é fácil, mas e a vagina? E o material que nós temos é tão duro, não parece vagina, eu passei dias pensando; porque cegos lidam com sensibilidade. Fiz uma vagina, pus cabelo, gel dentro pra ficar úmida, treinei. Porque tinham adolescentes que nunca tinham transado e tinha os que já tinha transado.(A5)*

 *Eu pensava como devia ser para o menino cego, adolescente que nunca tinha transado, a barreira de chegar em uma menina; eles trabalham com o tato, tentei fazer o mais real possível, os folhetos foram feitos em Braille, fiquei lá uma tarde; foi sensacional. Após essa palestra, veio um adolescente cego ao COAS para palestra e trouxe outro. Na palestra do COAS fiz geral, depois atendi individualmente, hoje temos recebido vários, porque eles se comunicam e divulgam o serviço. Isto surgiu do COAS, ninguém propôs, ninguém nos treinou a trabalhar com pessoas portadoras de necessidades especiais. (A5)*

Inicialmente, o aconselhamento se restringia ao roteiro presente no questionário. Com desenvolvimento da prática, esta atividade foi priorizando progressivamente a relação interpessoal:





 *Antes era uma certa formalidade em cima do questionário do roteiro que existe. À medida que a gente vai se desenvolvendo na área fica mais a vontade, começa a ter a percepção da pessoa que chega . (A3)*

 *É uma questão de prática, é uma questão de desenvolvimento, passo a perceber que até as perguntas do questionário a gente muda de ordem, porque não convêm fazer naquele momento. (A3)*




 *Desenvolver uma técnica, que é uma questão minha mesmo, eu retiro um pouco aquele foco principal que é a doença, da demanda principal dele e direciono para outro sentido, que tire um pouco aquele sentido pesado. (A1)*

---

Os profissionais revelaram estratégias inovadoras desenvolvidas para facilitar o dialogo aconselhador-aconselhado:

-  *Aprendi a perguntar coisas que tirem realmente o paciente daquele momento e o deixe à vontade, aprendi que isto é importante no meu aconselhamento, depois vou retomando ao objetivo do cliente . (A1)*
-  *O mecanismo lúdico mobiliza mais as pessoas, do que só a questão informativa e uma postura séria, acho que quando trabalhamos com a sexualidade precisamos quebrar o gelo, mas sempre ficar atento, não banalizar e nem vulgarizar. Em treinamentos uso muito dinâmicas, jogos lúdicos, etc. (A5)*
-  *...mas procuro voluntário quando faço aconselhamento em grupo, faço brincadeiras para descontrair para quebrar o gelo. E chamo a atenção. Apesar de utilizar recursos: retroprojeter, álbum seriado, o quadro negro, etc. (A5)*
-  *Hoje eu já consigo deixar a pessoa muito mais a vontade, eu percebo, foi uma experiência acumulada em todos estes anos . (A1)*


Nos relatos dos aconselhadores, apareceram as mudanças de postura que aconteceram durante sua experiência na prática:


-  *Hoje penso no aconselhamento que fazia, deveria ter sido interdita, hoje falo baixo, antigamente falava alto e gritando era medo. (A2)*
  -  *O aconselhamento para mim teve duas fases distintas, uma primeira fase sem grandes preparos e sem grandes experiências, então aquele primeiro aconselhamento (que eu fazia) ele era mais ou menos direcionado pelas minhas experiências pessoais. (A1)*
  -  *Acho que todo dia nós inovamos, hoje eu me sinto mais a vontade ao tocar no assunto. Eles viam a gente como professora, hoje eu tenho uma postura diferente. No COAS a gente ouve, conversa, orienta e apóia o usuário. Dar exemplos práticos do dia-a-dia, da novela , é a saída. (A2)*
-

Estes depoimentos revelam as tendências das mudanças, inovações e aprendizado com as experiências do cotidiano. Ressalto que todos os profissionais entrevistados gostam e valorizam a atividade, fator que considero marcante para o desenvolvimento desta prática.

### 5.2.3. Aconselhamento: desafios e possibilidades


A realidade do cotidiano da Unidade envolve fatores gerenciais, políticos, ideológicos e psicológicos bem como todos os componentes que apresenta o contexto social, mencionados pelos entrevistados (violência, desemprego, uso de drogas, exploração sexual...). Os aconselhadores relataram que mesmo assim continuam no serviço por acreditar na tarefa do aconselhamento e por gostar da atividade, que é vivenciada de forma criativa e não rotineira:


 *O aconselhamento; é um momento único, é o momento mais importante do meu serviço, com certeza. (A1)*

 *A grande jogada é que cada aconselhamento tem um fluxo determinado, um roteiro, porém é como aula, cada aula que você dá é diferente da anterior, no aconselhamento também é assim. (A1)*





Segundo o Programa Nacional de DST e AIDS há um movimento de consolidação de diretrizes e estratégias para uma ação integrada com diversas áreas programáticas do setor saúde.

A incorporação do Aconselhamento por outros serviços de saúde é um grande desafio que foi ressaltado pelos entrevistados:





 *Acredito muito no aconselhamento, acho que deveria ser estendido, não só para o HIV e AIDS. (A1)*

 *Acho extremamente necessário que o aconselhamento fosse para todos os serviços. Não só em AIDS, a todos os profissionais de Saúde. Eu acredito no aconselhamento. (A1)*

---

-  *Hoje você pega um paciente com Diabetes, ele pega um resultado de glicemia que é uma doença crônica, ele tem um atendimento frio... Não tem escuta, acho válido aconselhar. (A1)*
-  *Eu acredito que é passo a passo até levar o aconselhamento às UBSs; e quanto a usar o aconselhamento em outros programas a gente já usa na saúde da mulher (câncer de mama) e nos diabéticos e dá muito resultado. (A10)*
-  *Aconselhamento para rede básica: Eu acho que ainda encontramos muito preconceito no próprio Serviço, entre profissionais de Saúde; quem trabalha na rede. Já chegou acontecer de uma pessoa vir retirar medicamentos e atendente se negar a atendê-lo; devido sua opção sexual; isto não pode acontecer. Aqui a gente deve atender a todos, sem discriminação; As opções são de cada um; os preconceitos existem nos serviços, podem estar escondidos. O programa, o atendimento pode ser estendido a outras patologias, esta forma de atender é diferente. (A10)*
-  *Fazer esta abordagem em outros serviços, por exemplo Ambulatórios em Dermatologia.(A2)*

As expressões reforçam a significação e o reconhecimento que essa prática representa para os aconselhores. Naturalmente, ações de expansão do aconselhamento devem ser cuidadosamente planejadas, monitoradas e avaliadas. Outros desafios compreendem a **sensibilização** dos profissionais de saúde o desenvolvimento de processos formativos e a implementação de estratégias para divulgação do serviço:

-  *Precisa inicialmente sensibilizar pessoal de saúde antes de levar o atendimento para a rede. O aconselhamento demanda RH, formado e envolvido, tempo e qualidade. (A10)*
  -  *O aconselhador precisa conhecer a rede, seu pudesse recomendar alguma coisa, seria conhecimento do que está fazendo. (A1)*
  -  *Sugestões que faço, divulgação do serviço e do jeito em atender (A2)*
  -  *Ter treinamento em serviço, mesmo na prática, ter acompanhamento, supervisão, educação continuada. (A3)*
-

Neste sentido, Barros e Silva (2004, p. 23) fazem uma reflexão sobre o trabalho e os desafios do aconselhamento:

Passadas mais de duas décadas da epidemia de HIV e AIDS, observam-se mudanças no perfil da epidemia da AIDS no país, veiculando respostas governamentais, no combate e prevenção. A história dos serviços de testagem foi marcada por diferentes momentos da epidemia e conferiram maior visibilidade a prevenção das DST/AIDS. Identificamos na trajetória dos CTAs um avanço dos direitos e cuidados com a saúde, condições indispensáveis para o reconhecimento da cidadania. O CTA através do aconselhamento tem sido determinante para garantir o direito à assistência médica e a terapia combinada a todos que dela necessitam. Esses serviços a partir do aconselhamento recolocaram nos cenários das políticas públicas a importância da promoção, ancorado tanto no nível individual quanto no coletivo. Considerando a singularidade e as diversidades dos sujeitos, percorreu-se caminhos desde a falta de informação ao preconceito e da discriminação à vulnerabilidade social. Trouxe para a cena diária do serviço, a escuta, a valorização da história de cada um, levando em conta o contexto sócio-cultural e econômico, percebendo as limitações pessoais e contextuais e, então, indicando possibilidades de mudanças e negociações. Dessa forma, inclui o usuário do CTA num processo de reflexões e ações futuras. Essa abordagem, ancorada na subjetividade e na vulnerabilidade social, permite aos aconselhadores a interlocução, desde o lugar da interdisciplinaridade, buscar a discussão de caminhos preventivos que passam por dificuldades e possibilidades de escolhas. Sem dúvida, nestes 10 a 12 anos do CTA, o diálogo, a ética, a transparência, das ações de saúde desenvolvidas, legitimamos estes serviços para a população brasileira.

Segundo Kalischman (2000:p. 10):

O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais, e a demonstrar que os custos da terapia são em grande parte, compensados pela redução de gastos com medicamentos para tratamento das infecções oportunistas e com internações decorrentes dessas afecções.

Passarelli (2004: p.16) relata enfaticamente a necessidade de desenvolver a área da prevenção em AIDS e reforça:

Precisamos conquistar na prevenção os mesmos sentidos positivos que construímos para a resposta brasileira no campo da assistência. E tal fato não ocorre se não realizarmos um debate que, efetivamente, revele e promova as interfaces entre prevenção e a Assistência.

---

Com todo o investimento do Ministério da Saúde em disponibilizar as drogas para o tratamento da doença, são também necessárias estratégias que visem aumentar a adesão, do paciente portador do HIV/AIDS, ao tratamento desenvolvendo atitudes conscientes sobre sua responsabilidade pessoal e cidadã. Neste contexto, estudos que visem contribuir a superar aspectos críticos detectados na prática de aconselhamento junto com o aprimoramento técnico permanente do conhecimento e do desempenho podem melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados às DSTs e ao HIV/AIDS, e privilegiar a área de prevenção da doença e promoção da saúde.

---

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa foi orientada pelo objetivo de, a partir da ótica de aconselhores de Serviços de Prevenção em AIDS, analisar o aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde. A análise implicou na caracterização do perfil profissional dos Aconselhores de Serviços de Prevenção; apreensão de concepções e práticas no contexto do aconselhamento e identificação das possibilidades educativas na prática do aconselhamento.

A escuta dos aconselhores, a construção dos nexos com a literatura, possibilitou desvelar dimensões importantes no campo do Aconselhamento. Foram identificadas trajetórias diversas no serviço público: desde profissional com 17 anos de formação e de serviço público que após 11 anos foi desenvolver o aconselhamento, até recém-formados, sem experiência profissional anterior. Não encontramos até o presente momento, referências bibliográficas sobre os pré-requisitos formais estabelecidos quanto à inserção de profissionais para o aconselhamento.

No tocante ao processo formativo, foi mapeada a ausência de espaços intencionais, sistemáticos que preparem os aconselhores para iniciar o trabalho no serviço. Evidenciou-se, a importância da formação inicial e permanente como instrumento de aprendizagem na e para a complexa e delicada função de aconselhador.

Das concepções dos pesquisados quanto aos princípios que norteiam esta prática, foram significativos os posicionamentos em relação ao aconselhamento como educação em saúde. Neste sentido, situaram os aspectos educativos do aconselhamento, destacando cenários, questões

sócios-culturais, a sensibilidade “o não dar conselhos”, escuta, construção de autonomia e cidadania e responsabilidade pela própria vida e saúde.

Em relação às condições institucionais os entrevistados destacaram aspectos que dificultam o processo do aconselhamento como a localização das unidades, falta de salas adequadas e em número insuficiente, escassez de recursos humanos, o deslocamento para outros serviços, a sobreposição de tarefas e a falta de uma política eficaz de divulgação dos serviços.

Quanto ao acompanhamento e supervisão ficou evidenciado, por meio do posicionamento dos aconselhores, a importância da supervisão devido ao contexto e conteúdos da problemática das Doenças Sexualmente Transmissíveis, do HIV e AIDS e para reconhecer os limites frente as dificuldades sócio-econômicas que contribuem para ampliar a vulnerabilidade da população.

A prática do aconselhamento ocorre nas modalidades individual e coletiva, sendo entendidas como complementares e importantes na condução das atividades, implicando desenvolver atendimentos diferenciados conforme populações prioritárias, definidas segundo critérios epidemiológicos do Ministério da Saúde.

Nestas populações, os entrevistados ressaltaram o perfil do usuário que se expõe a riscos, mas procura o serviço em busca de cuidado e prevenção. Este se mobiliza em fazer o teste e incentiva outros usuários a procurar os serviços, estando mais aberto para a aprendizagem de práticas seguras, sendo um momento singular para refletir sobre sua responsabilidade em relação à condução de sua saúde.

Em relação ao perfil profissional dos entrevistados foi observado que a maioria dos aconselhores vieram de outros serviços públicos assistenciais. Os profissionais de aconselhamento participantes deste estudo, de maneira significativa, são aproveitados em outras tarefas, havendo, portanto, multiplicidade de funções e até diminuição de sua carga horária voltada ao aconselhamento. Os aconselhores passam a assumir demandas assistenciais e alguns desenvolvem também atividades técnicas gerenciais e de coordenação juntamente com a função de aconselhador.

---



Estas restrições não desfiguram as zonas de facilidades encontradas pelos aconselhadores: o envolvimento com a atividade docente, o que parece ter favorecido uma postura educativa; experiências prévias em unidades hospitalares e de saúde pública, constituindo uma *bagagem* para ser aconselhador. Identificar estas facilidades somente foi possível no bojo de um compromisso e envolvimento com o aconselhamento. É preciso gostar do que se faz!

Com estes olhares, os desafios e as possibilidades para o Aconselhamento traduziram a necessidade de um trabalho de sensibilização, formação e acompanhamento dos profissionais, rompendo com uma lógica que isola o aconselhador. Depreende-se que articular diferentes profissionais e serviços possa configurar uma nova concepção de aconselhamento, alterando as práticas cotidianas.

A inovação emerge, no atual momento das políticas de saúde, como um caminho que se pauta na integralidade do cuidado, fazendo do encontro com o outro um processo humano, ético, solidário, que incorpora os avanços no conhecimento.

Os dados e a análise empreendida permitem acreditar que o Aconselhamento pode, além do espaço dos CTAs, ser vivenciado nas Unidades Básicas de Saúde. É um projeto de educação em saúde que situa o atendimento para a vida, assumindo direitos e deveres e mostrando aos aconselhados que viver com HIV/AIDS é possível, mesmo com as dificuldades desse movimento difícil e lento que é a transformação da sociedade, onde há espaços para todos.

---

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHKAR, Sorelle. Aconselhamento e prevenção, alcances e limites. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. p. 26-37.

ALMEIDA, Maria Rita C. B.; EVANGELISTA, Mirtes C. F.; FERREIRA, Monique H. A. A inserção do SI-CTA no processo de trabalho de um CTA -resgate. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . *Centro de testagem e Aconselhamento (CTA) integrando prevenção e assistência*. Brasília:Ministério da Saúde, 2004. p. 68-73

AYRES, Jose Ricardo Carvalho Mesquita e cols. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R.G. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro/ São Paulo: IMS/UERJ, 1999.

AYRES, Jose Ricardo Carvalho Mesquita. Práticas Educativas e Prevenção de HIV/AIDS: Lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Botucatu. v. 6, n. 11, ago 2003. p.11-24

BARBOSA, Ricardo. H. Simões. Educação e Saúde Reprodutiva: análise preliminar de uma experiência numa comunidade favelada do Rio de Janeiro. In: Silva D. P.M. (org). *Sexualidade em diferentes enfoques: uma experiência de capacitação no campo da saúde reprodutiva*. Niterói/Rio de Janeiro: Editora Muiiraquitã, PEGG; UERJ, 2001.

BARROS, Sandra R; SILVA, Sonia Maria da. CTA – contextualizando a sua história. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) - Integrando Prevenção e Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 19-25.

BATISTA, Sylvia Helena. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, Nildo A.; BATISTA, Sylvia Helena. *Docência em Saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac, 2004. p. 57-74.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos./ Coordenação Nacional de DST e AIDS*. 2<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 25 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *AIDS no Brasil: Um esforço conjunto Governo-Sociedades/Coordenação Nacional DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes dos Centros de Testagens e Aconselhamento-CTA: manual.-Coordenação Nacional de DST/AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de DST/AIDS. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

---

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO DE DST/AIDS. *Vigilância do HIV no Brasil – novas diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Prevenção do HIV/AIDS para profissionais de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988*. Disponível em [www.camara.gov.br/internet/cf/default](http://www.camara.gov.br/internet/cf/default). Acessado em 01 de outubro de 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em [www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html). Acessado em 20 de novembro de 2004b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Testagem e aconselhamento (CTA): Integrando prevenção e assistência. Brasília. Ministério da Saúde, 2004b.

BUSS, Paulo. M.; RAMOS, C.L. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania. *Cadernos da oficina social*. n. 3, 2000. p. 13-65.

BUSS, Paulo. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; MACHADO, Carlos de Freitas (orgs) . *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.15-37.

DOMINGUES, Roberto Chateaubriand. Notas sobre os aspectos psicossociais do diagnóstico anti-HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. IN: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) - Integrando Prevenção e Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde , 2004. p. 74-91.

---

FERREIRA, Margarete de Paiva Simões. O CTA São Francisco – um olhar a partir da assessoria de DST/AIDS DA SES-RJ In: : BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Integrando Prevenção e Assistência* . Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 43-55.

FILGUEIRAS, Sandra Lúcia e DESLANDES, Suely Ferreira. Avaliação das Ações de Aconselhamento. Análise de uma perspectiva centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v. 15, suplemento 2, 1999. p.121-131.

GALVANI, Pascal. *A autoformação: uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural*. 2002. Disponível em <<http://www.cetrans.futuro.usp.br/encontros/catalisador/doisencontro/catalisador/galvani/autoformação.html>>. Acessado em 17 de julho de 2004.

GRANJERO, Alexandre. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

KALISCHMAN, Artur. Prefácio. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 2º ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Educação em Saúde: histórico, conceitos e propostas*. [www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns). Acessado em janeiro de 2005a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Notícias AIDS. [www.agenciaaids.gov.br](http://www.agenciaaids.gov.br). Acessado em 07 de fevereiro de 2005b.

MONTEIRO, Ana Cristina. Aconselhamento em HIV/AIDS para pacientes psiquiátricos: uma experiência. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Prevenção de Assistência e Aconselhamento em HIV/AIDS para profissionais de Saúde Mental*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. p. 64-67.

---

MOROZ, Melania; GIANFALDONI, Mônica Helena T.A. O processo da pesquisa: uma iniciação. Brasília: Ed. Plano, 2002.

OLIVEIRA, Suely Broxado; WEINSTEIN, Charles. AIDS: duas décadas. Epidemia > Pandemia > Vulnerabilidade Social O que vem depois? . In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Prevenção do HIV/AIDS para profissionais de Saúde Mental. Ministério da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 16-23.

PAIM, Jair S.; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PARKER, Richard (org). *A Construção da Solidariedade: Aids Sexualidade e Política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA:IMS/UERH, 1994.

PINEAU, Gastón. *A autoformação no decurso da vida*. Disponível em <http://www.cetrans.futuro.usp.br/textos/artigos>. Acessado em 30 de julho de 2000.

PASSARELLI, Carlos André. O SUS e a prevenção à AIDS: limites e possibilidades. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 14-18.

PASSARELLI, Carlos André.; TERTO JR, Veridiano. Organizações não governamentais e o acesso aos tratamentos antiretrovirais no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro. n. 27, 2003. p. 122-135.

RACHID, Márcia. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

RICHARDSON, R J e cols. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3º ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROGERS, Carl. *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes, 1974.

---

SALGADO, Maria Umbelina. O novo paradigma da organização do trabalho e a formação profissional na área da saúde. In: AMANCIO FILHO, Antenor; MOREIRA, Maria Cecília G. B. (org) *Saúde, Trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *20 Anos – Programa Estadual DST/AIDS SP – Centro de Referência e Treinamento*. São Paulo: SESP, 2004.

UNAIDS. Where prevention and care meet: voluntaru counselling and testing, and preventing mother to child transmission. *Global HIV/AIDS*. Geneve: UNAIDS, 2002.

VERMELHO, Leticia Legay ; BARBOSA, Regina Helena Simões. AIDS: Um desafio para a saúde coletiva. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. p. 07-13.

VIOLA, Paulinho da. Rumo dos Ventos. *Paulinho da Viola. 25 anos*. CD-Faixa 2, ASIN: 685738710829. Warner. 2001.

---

## **8 ANEXOS**



---

**ANEXO 01 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

---



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 20 de agosto de 2004.  
CEP 0586/04

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) MÔNICA ISABEL SOBREIRO  
Disciplina/Departamento: Cedess da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Aconselhamento no contexto da educação em saúde a partir da ótica de aconselhadore**s de serviços de prevenção".

Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **16/fevereiro/2005**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **15/agosto/2005**.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Resaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

## ANEXO 01A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE TÍTULO CEP 0586/04

São Paulo, 14 de março de 2005.

Prezado Senhor:


Ref. Alteração de título da pesquisa do projeto CEP 0586/04

Venho solicitar alteração de título da pesquisa “Aconselhamento no contexto da educação em saúde a partir da ótica de aconselhadore de serviços de prevenção” para Aconselhamento: Concepções e Práticas no contexto da Educação em Saúde.

A solicitação torna-se necessária uma vez que os resultados apontaram para concepções e práticas.

Informo que demais passos da pesquisa não foram alterados.


Atenciosamente

  
Mônica Isabel Sobreiro - pesquisadora

Ilustríssimo Senhor  
**PROF. DR. JOSÉ OSMAR MEDINA PESTANA**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/HSP

**CEP**  
**UNIFESP / HSP**  
*Ronaldo*  
15.03.2005

**ANEXO 01B – NOVA CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

	<i>Universidade Federal de São Paulo</i>	<i>Comitê de Ética em Pesquisa</i>
	<i>Escola Paulista de Medicina</i>	<i>Hospital São Paulo</i>

São Paulo, 20 de agosto de 2004.  
CEP 0586/04

Ilmo(a). Sr(a).  
Pesquisador(a) MÔNICA ISABEL SOBREIRO  
Disciplina/Departamento: Cedess da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Aconselhamento: concepções e práticas no contexto da educação em saúde**".

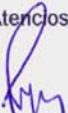
Prezado(a) Pesquisador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa acima referenciado.

Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
4. Apresentar primeiro relatório parcial em **16/fevereiro/2005**.
5. Apresentar segundo relatório parcial em **15/agosto/2005**.

Atenciosamente,



**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

"Ressaltamos que é de essencial importância que seja verificado, antes da divulgação dos processos e/ou resultados obtidos nesta pesquisa, se os mesmos são potencialmente patenteáveis ou passíveis de outras formas de proteção intelectual/industrial. A proteção por meio do depósito de patente, ou de outras formas de proteção da propriedade intelectual, evita a ação indevida de terceiros e confere maior segurança quando da publicação dos resultados da pesquisa."

---

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil  
Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

**ANEXO 02 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo  
DIR IV FRANCO DA ROCHA – AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Franco da Rocha, 28 de Abril de 2.004.

Senhora Diretora:

Como aluna do CURSO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Aconselhamento no contexto da Educação em saúde a partir da ótica de aconselhadore de Serviços de prevenção em AIDS” sob orientação da Prof.ª Dr.ª Lídia Ruiz Moreno que tem como objetivos analisar o papel do aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde, caracterizar o perfil profissional dos Aconselhadores de dois centros de testagem e obter subsídios para futuros estudos que avancem no entendimento do aconselhamento em diferentes situações de Saúde – Doença.

De acordo com o projeto, serão estudados dois serviços, após assinatura deste consentimento e do termo de consentimento individual de cada aconselhador pesquisado.

O projeto não trata de avaliação institucional, programática ou desempenho do aconselhador.

Considerando as diversas exigências do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP/EPM, venho por meio desta solicitar a sua concordância para que se possa realizar a referida pesquisa no COAS de Franco da Rocha pertencente a esta Diretoria Regional de Saúde.

Atenciosamente,

Mônica Isabel Sobreiro  
Pesquisadora Responsável

**ILMA. SRA.**  
**DR.ª MARIA TEREZA G. FREIRE**  
**D.D. DIRETORA TÉCNICA DE DEPARTAMENTO – DIR - IV**

Data: 29,04/2004

De Acordo

Dra. Maria Tereza G. Freire  
Diretora Téc. Dept. De Saúde  
DIR IV / DP II  
R.G. 3.090.433

**ANEXO 03 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo  
DIR IV FRANCO DA ROCHA – AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Franco da Rocha, 08 de Maio de 2.004.

Sra. Diretora,

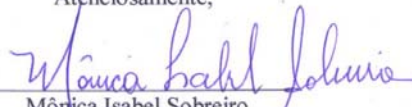
Como aluna do CURSO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “ Aconselhamento no contexto da Educação em saúde a partir da ótica de aconselhores de Serviços de prevenção em AIDS ” sob orientação da Prof. Dr.ª Lídia Ruiz Moreno que tem como objetivos analisar o papel do aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde, caracterizar o perfil profissional dos Aconselhores de dois centros de testagem e obter subsídios para futuros estudos que avancem no entendimento do aconselhamento em diferentes situações de Saúde – Doença.

De acordo com o projeto, são estudados dois serviços, após assinatura deste consentimento e do termo de consentimento individual de cada aconselhador pesquisado.

O projeto não trata de avaliação Institucional, programática ou desempenho do aconselhador.


Considerando as diversas exigências do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP/EPM , venho por meio desta solicitar a sua concordância para que se possa realizar a referida pesquisa no COAS de Jundiaí pertencente a Secretaria Municipal de Jundiaí.

Atenciosamente,

  
Mônica Isabel Sobreiro  
Pesquisadora Responsável

Ilma. Dr.ª Suzana Ramil Soeiro  
Coordenadora COAS do Município de Jundiaí

Data 08/07/2004

De acordo 

**ANEXO 04 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo  
DIR IV FRANCO DA ROCHA – AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Franco da Rocha, 20 de Outubro de 2.004.

Sra. Diretora,

Como aluna do **CURSO DE MESTRADO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**, estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Aconselhamento no contexto da Educação em saúde a partir da ótica de aconselhadore de Serviços de prevenção em **AIDS**” sob orientação da Profª. Lidia Ruiz Moreno que tem como objetivos analisar o papel do aconselhamento como prática de promoção e educação em saúde, caracterizar o perfil profissional dos Aconselhadores de dois centros de testagem e obter subsídios para futuros estudos que avancem no entendimento do aconselhamento em diferentes situações de Saúde – Doença.

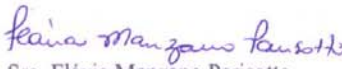
De acordo com o projetos, são estudados dois serviços, após assinatura deste consentimento e do termo de consentimento individual de cada aconselhador pesquisado.

O projeto não trata de avaliação Institucional, programática ou desempenho do aconselhador.

Considerando as diversas exigências do **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIFESP/EPM**, venho por meio desta solicitar a sua concordância para que se possa realizar a referida pesquisa no **CTA**. de Itatiba pertencente a Secretaria Municipal de Saúde de Itatiba.

Atenciosamente,

  
Mônica Isabel Sobreiro  
Pesquisadora Responsável

  
Ilma. Sra. Flávia Manzano Parisotto  
Coordenadora CTA. De Itatiba

Data 22/10/2.004

De acordo   
Maria Magali Bredariol Araium

## **ANEXO 05 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O presente projeto titula-se Aconselhamento no contexto da Educação e Saúde a partir da ótica de Aconselhores de Serviços de Prevenção em AIDS.

As presentes informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo analisar o papel do Aconselhamento como prática de Promoção e Educação em Saúde sob a ótica do Aconselhador.

Os procedimentos de coleta de dados incluem questionários, entrevistas e relatos de experiências.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador responsável Mônica Isabel Sobreiro, que poderá ser encontrada no Serviço de Ambulatórios situado a Av. dos Coqueiros, s/nº - Centro – Franco da Rocha – CEP 07850-320 – telefone (55 11) 4449-5111 R. 521 – e-mail [juquerydir4@ig.com.br](mailto:juquerydir4@ig.com.br) ou [misobreiro@ig.com.br](mailto:misobreiro@ig.com.br).

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – conjunto 14, telefone (55 11) 5571-1062, fax (55 11) 5539-7162, e-mail [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo a continuidade de seu trabalho da Instituição como Aconselhador.

Os participantes têm os seguintes direitos: direito de confidencialidade - as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos; não sendo divulgada a identificação de nenhum participante e Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, onde resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Em relação às despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo; incluindo entrevistas e questionários. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação. Se

---

existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pela pesquisadora. Existe compromisso da pesquisadora de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das orientações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Aconselhamento no contexto da Educação e Saúde a partir da ótica de Aconselheiros de Serviços de Prevenção em AIDS.

Foi esclarecido quanto a garantia profissional e do Serviço; que os nomes dos profissionais serão preservados o anonimato e de nenhum modo serão divulgados pela pesquisadora em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga.

Cabe esclarecer também que não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e nem de Serviço e que os profissionais individualmente não são objeto de nenhum tipo de avaliação. As informações contidas no questionário, em hipótese nenhuma, prejudicarão o trabalho ou a inserção no Serviço ao qual o profissional pertence.

Declaro após ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado quanto aos propósitos do estudo, procedimentos, ausência de desconforto, risco, confidencialidade, isenção de despesas e gratificações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura do participante (aconselhador)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável do projeto

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo.

---



**ANEXO 06 - FICHA DO ENTREVISTADO**

Serviço:		Estado:
Nome do Aconselhador:		
Idade:	Gênero: M ( ) F ( )	E-mail:
Graduação:		
Titulação:		
Instituição onde graduou-se:		( ) pública ( ) privada
Tempo de formação em anos:		
Tempo de trabalho como Aconselhador:		
Local de atuação atual:		

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ANEXO 07 - ROTEIRO DA ENTREVISTA**

1. Como foi sua inserção no serviço público, no Serviço Público, até chegar desempenhar o papel de aconselhador?
2. Como foi seu processo de formação para realizar o Aconselhamento? Comente:
3. Como realiza o Aconselhamento?
4. Qual a finalidade/função do Aconselhamento?
5. Quais as facilidades/dificuldades na prática do Aconselhamento? Relatar experiências de sucesso e dificuldades (desafiadoras no processo de aconselhamento).
6. Quais as condições institucionais para a realização do aconselhamento? (Infra-estrutura, material didático, número de aconselhadores em função da demanda,...)
7. Considerando os desafios da prática do aconselhamento existe apoio ou supervisão do aconselhador?
8. Quais as expectativas, demandas do cliente em relação ao aconselhamento?
9. Os usuários expressam suas reais dificuldades, dúvidas, sentimentos, hábitos durante o aconselhamento?
10. Durante o desenvolvimento do aconselhamento o cliente consegue identificar situações de risco e mudar hábitos de vida?
11. Qual a contribuição do aconselhamento no sentido dos clientes se reconhecerem como sujeitos de sua própria saúde?
12. Você tem realizado inovações, procurado alternativas na prática do Aconselhamento?
13. A partir de sua prática que sugestões faria para utilização desta prática?
14. Considerando sua experiência em Aconselhamento, como esta prática pode ser utilizada em outros Programas?