

LÍGIA RIVERO PUPO

Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Prof. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

**São Paulo
2007**

Ao meu pai (in memoriam) e à minha mãe,
pelo estímulo, confiança, compreensão, tolerância e apoio
durante toda uma vida.

AGRADECIMENTOS

Ao querido amigo e orientador, Prof.Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, pelas motivantes e interessantes reflexões, pelo aprendizado, pelas várias descobertas no campo do conhecimento, assim como pela delicadeza, cuidado, rigor e competência com que orientou meu trabalho.

A Profa. Ausônia Donato, pela confiança, pelo carinho, pelo interesse, incentivo, pelas muitas e valiosas reflexões conjuntas, pelas contribuições fornecidas, bem como pela leitura criteriosa deste estudo.

A Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber, pelas valorosas sugestões e críticas e pelo acurado exame e apreciação do trabalho.

A Profa. Dra. Ana Flávia, pela atenção, e sugestões concedidas durante a execução desta pesquisa.

A Profa. Dra. Vera Paiva, por sua amizade, disponibilidade, incentivo, interesse e sugestões feitas em todos os momentos que conversamos sobre este trabalho.

Ao grupo de estudo sobre Hermenêutica e Teoria da Ação Comunicativa pelas relevantes e estimulantes discussões.

Ao Programa Nacional de DST/aids, pelas contribuições e materiais fornecidos.

A querida amiga Karina Wolffenbuttel, com quem compartilhei e troquei tantas reflexões significativas e interessantes sobre o tema do aconselhamento; obrigada pelo apoio e pelas instigantes discussões.

Ao amigo Paulo Monteiro, pelas interessantes, agradáveis, animadas e consistentes conversas mantidas durante todo esse processo, e por seu jeito divertido e questionador.

Ao querido Renato Barboza, pelo companheirismo, pela amizade, pela força, seriedade, incentivo em todos esses anos de convívio.

A querida Biba, tanto por sua valiosa amizade, pelo incentivo constante, por sua compreensão durante este período de mestrado, assim como por sua competência, sensibilidade ao outro e por sua capacidade de agregação.

A amiga Cecília, por sua simpatia, amabilidade, sensatez, pelo seu discernimento e pela valiosa aprendizagem com sua experiência de trabalho em pesquisa.

A Monique, por sua alegria, jovialidade e amizade, pela agradável e prazerosa convivência, e pelas preciosas dicas fornecidas.

A Kátia, por sua generosidade, pelo aprendizado recebido com sua convivência, pela amizade, seriedade profissional, e pelos ótimos momentos que passamos juntas.

A Cidinha, por sua extrema disponibilidade, presteza e capacidade de ajudar em todos os momentos que precisei.

A todos os colegas do Instituto de Saúde, pelo convívio e solidariedade.

A Simone, pela paciência, constância e duradoura amizade.

Ao queridos e valiosos amigos Nelson, Vanessa, Rogério, Gilberto, Carlão, Silvana, Taís e Sandrinha, e tantos outros, por todos os momentos únicos e especiais que passamos juntos.

SUMÁRIO

1. Justificativa: o aconselhamento em DST/aids em questão.....	1
2. Objetivo.....	7
2.1. Objetivo geral.....	8
2.2. Objetivos específicos.....	8
3. Método.....	9
3.1. Delimitação conceitual do campo de análise.....	10
3.2. A perspectiva da filosofia hermenêutica.....	28
3.3. Algumas ponderações sobre o processo interpretativo a partir da filosofia hermenêutica de Gadamer.....	32
3.3.1. O processo interpretativo como uma antecipação de sentido.....	32
3.3.2. O processo de compreensão como dialética de pergunta-resposta.....	34
3.3.3. A abertura ao outro.....	34
3.3.4. Interpretação como fusão de horizontes.....	35
3.3.5. História efetual.....	36
3.4. Componentes e etapas do estudo.....	36
3.5. Sobre a base documental do estudo.....	37
3.5.1. Artigos e livros nacionais e internacionais.....	37
3.5.2. Manuais nacionais.....	37
3.5.3. Manuais internacionais.....	39
3.5.4. Referências teóricas do aconselhamento.....	40
3.6. Forma de aproximação ao modelo teórico de Carl Rogers.....	41
4. Delimitação histórica do aconselhamento.....	44
4.1. O Aconselhamento e a Psicoterapia.....	46
4.2. O Aconselhamento e as Práticas Educativas.....	56
5. O aconselhamento no panorama das DST/aids.....	60
5.1. Breve histórico internacional.....	61
5.2. O aconselhamento em DST/aids e seu histórico no Brasil.....	64
5.3. Principais problemas e desafios para a prática do aconselhamento em DST/aids.....	73
6. Contextualização do pensamento de Carl Rogers e o desenvolvimento da Abordagem Centrada na Pessoa.....	92

6.1	Influências culturais e teóricas dominantes na elaboração da Abordagem Centrada na Pessoa.....	93
6.2.	Sua visão do fazer ciência (seu papel, importância, riscos e limites).....	97
6.3.	A influência das ciências positivas em sua construção teórica.....	101
6.4.	Conflitos e contradições entre duas formas de aproximação à realidade.....	106
6.5.	Posição de Rogers em relação ao seu tempo e cultura.....	110
6.6.	Trajetória de uma abordagem.....	115
6.6.1.	Preocupações, motivações e interesses na construção de sua abordagem teórica	115
6.6.2.	Desmistificando o processo terapêutico.....	119
6.6.3.	Ampliação do campo de ação.....	121
6.7.	Concepção da natureza humana.....	124
6.7.1.	Centralidade e autoridade da experiência subjetiva.....	124
6.7.2.	Ser em Processo (via a ser).....	127
6.7.3.	Confiança no indivíduo.....	128
6.7.4.	Tendência direcional positiva.....	129
6.7.5.	Liberdade x determinismo.....	133
6.8.	O indivíduo, a cultura e a sociedade.....	138
6.10.	Posicionamento de Rogers frente à educação.....	145
7.	Carl Rogers e o aconselhamento em DST/aids: contribuições e limites.....	157
7.1.	Concepção de relação de ajuda/aconselhamento.....	159
7.2.	Objetivos e resultados de uma relação de ajuda.....	168
7.3.	Papel e posturas do profissional.....	177
7.4.	Condições necessárias à uma relação de ajuda.....	180
7.4.1.	Abertura, interesse, aceitação, consideração e respeito pelo outro.....	181
7.4.2.	Escuta e compreensão empática.....	188
7.4.3.	Autenticidade e congruência.....	197
7.5.	O lugar do cliente.....	203
7.6.	Abordagem de aspectos sociais, culturais e estruturais.....	208
8.	Conclusão.....	214
8.1	Considerações Finais.....	221
9.	Referências Bibliográficas.....	227

RESUMO



Pupo LR. **Aconselhamento em DST/aids: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica.** São Paulo. 247p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Apesar do aconselhamento no campo das DST/aids ser considerado, em diferentes regiões do mundo, como uma das *principais estratégias* para prevenção primária, secundária e terciária, implantada nos serviços da rede de atendimento às DST/aids e em serviços da rede básica de saúde, tanto estudos nacionais como internacionais mostram que esta prática ainda concentra uma dose significativa de fragilidades e problemas. Estes estão relacionados principalmente à falta de uma reflexão e clareza sobre a definição, conceituação, estrutura e forma de atuação do aconselhamento, bem como sobre seus limites e possibilidades. Este estudo se propôs a resgatar as origens históricas e conceituais do aconselhamento em DST/aids, e identificar e analisar criticamente a principal concepção teórica indicada como fundamento dos materiais de referência sobre o aconselhamento em DST/aids, apontando suas contribuições, limites e possibilidades de aplicação. Trata-se, portanto, de um estudo de natureza qualitativa, baseado na análise de documentos sobre o aconselhamento em geral, o aconselhamento em DST/aids, e sobre a principal corrente teórica identificada nesses materiais: a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers. Além de identificar a origem histórica da imprecisão do conceito de aconselhamento enquanto prática social, este estudo colocou em evidência tanto as potencialidades e fragilidades da Abordagem Centrada na Pessoa para lidar com a complexidade de facetas presentes nessa epidemia, como a existência de alguns desacordos e contrastes entre a prática de ajuda proposta por esse referencial teórico e a estrutura de aconselhamento proposta pelos manuais, bem como, algumas contradições e ambigüidades existentes na própria proposta desenhada para o aconselhamento no campo da aids. Sustenta-se que, para fazer um uso consistente da Abordagem Centrada na Pessoa no aconselhamento em DST/aids, algumas mudanças de concepção, expectativa, enfoque e posicionamento se fazem necessárias. Primeiramente é imperioso que se veja o aconselhamento como um espaço onde a ação está voltada às necessidades e características do *cliente*, e não voltado para resolver a múltiplas demandas

da política de prevenção e assistência, pois ele nunca deve ser visto como uma ação isolada, mas deve sempre estar inserido em uma estratégia mais ampla aonde se somam outros tipos de intervenção. É importante que se reveja a idéia de objetivos, conteúdos e resultados fechados e pré-determinados, possibilitando que sejam centrados na pessoa do cliente e, portanto mais abertos, flexíveis ou construídos conjuntamente. Finalmente, é importante para uma maior qualificação e efetividade dessa prática, utilizar-se de outros quadros teóricos e conceituais, que discutem outras dimensões e aspectos do universo individual, não abordados por essa linha teórica.

Descritores: síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento, aconselhamento/história, modelos teóricos, terapia não dirigida..

SUMMARY

Pupo, LR. **Counseling in STD/aids: a critical analysis of its historical and conceptual origin and theoretical foundation.** São Paulo, 247p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

SUMMARY

In spite of the fact that in different regions of the world counseling in the field of STD/aids is considered as one of the *main strategies* for the primary, secondary and tertiary prevention techniques applied in the services available to STD/aids and in basic health services, studies done nationally and internationally show that this practice still concentrates a significant amount of weaknesses and problems. These relate mainly to the lack of a clear expression and thought on the definition, conceptualization, structure and format for the role of counseling, as well as its limitations and possibilities. This study proposes to rescue the historical and conceptual origins of counseling in STD/aids, and to identify and critically analyze the main theoretical concept used as the basis for the reference material on counseling in STD/aids, pointing out its contributions, limitations and possibilities of application. It is, therefore, a qualitative study by nature, based on the analysis of documents on counseling in general, counseling in STD/aids, and on the main theoretical current identified in the material: the Client Centered Therapy, by Carl Rogers. In addition to identifying the historical origin of the imprecision in the concept of counseling as a social practice, this study makes clear the potentialities and weaknesses of the Client Centered Therapy to deal with the complexity of facets present in this epidemic, such as the existence of some differences and contrasts between the help practice proposed by this theoretical reference and the structure of counseling proposed by manuals, as well as some contradictions and ambiguities present in the proposal itself, designed for the counseling in the field of aids. One supports the idea that in order to make a consistent use of the Client Centered Therapy in the counseling for STD/aids, some changes in the concept, expectation, focus and positioning are necessary. First of all it is imperative to see counseling as a space where action is oriented towards the needs and characteristics of the *client*, and not to solve the multiple demands of the policy for the prevention and assistance, as it should never be seen as an isolated action, but it must always be inserted in a wider strategy where other kinds of interventions are added. It is important to revisit the

idea of objectives, content, closed and predetermined results, enabling them to be centered on the person, the client, and therefore, to be more open, flexible or constructed jointly. Finally, it is important for a wider qualification and effectiveness of this practice, to use other theoretical and conceptual frameworks, which discuss other dimensions and aspects of the individual universe, not dealt with in this theoretical line.

Descriptors: acquired immunodeficiency syndrome, sexually transmitted diseases, counseling, counseling/history, theoretical models, nondirective- therapy.

JUSTIFICATIVA



1. JUSTIFICATIVA: O ACONSELHAMENTO EM DST/AIDS EM QUESTÃO

O aconselhamento no campo das DST/aids tem sido visto, em diferentes regiões do mundo, como uma das *principais estratégias* para prevenção primária, secundária e terciária, implantada tanto nos serviços que fazem parte da rede de atendimento às DST/aids, como em serviços da rede básica de saúde e em outros espaços propícios para ações de prevenção. Seu oferecimento está associado ao *diagnóstico e tratamento precoce* destas doenças, à *interrupção e diminuição da cadeia de infecção*, ao fornecimento de *orientação e atendimento de melhor qualidade* e à *diminuição do estigma, dos preconceitos e demais impactos sociais e pessoais* da epidemia.

Em várias partes do mundo, mais do que outras modalidades preventivas, esta têm sido a ação programática que mais tem mobilizado recursos e investimentos financeiros de governos e agências financiadoras (CAMPBELL; MARUN; ALWANO - DYEGU et al, 1997). Tem sido considerada também, não apenas como uma ação específica, mas como uma *porta de entrada e de acesso* para um universo extenso de intervenções: encaminhamento a suporte social e comunitário, ações de planejamento familiar, controle da transmissão materno infantil, acesso aos insumos de prevenção, manejo da terapia antiretroviral, encaminhamento a tratamentos específicos, acesso e tratamento de parceiros, intervenções com familiares (UNAIDS 2000).

A inserção do aconselhamento nos programas e políticas em DST/aids no Brasil e no mundo está relacionada à percepção que gestores, profissionais, técnicos e diferentes setores da população tiveram sobre os desafios e diversas dimensões de intervenção e cuidado suscitadas por esta epidemia, bem como, sobre seus impactos e conseqüências sociais, culturais e afetivo-emocionais. Desta forma, o aconselhamento foi inserido como uma estratégia para se lidar com os aspectos e dimensões da epidemia que não poderiam ser abarcados e resolvidos por meio dos avanços e tecnologias terapêuticas, farmacológicas e laboratoriais; e também para manejar os diferentes limites desta mesma terapêutica (diagnóstico tardio, ausência de vacinas, não possibilidade de cura completa, efeitos secundários, dificuldades na adesão ao tratamento).

Neste sentido, o aconselhamento em DST/aids tem sido visto como uma prática de atendimento em saúde que pressupõe uma disposição para escutar e acolher com atenção as demandas e necessidades do cliente, e um interesse em envolvê-lo em todas as etapas de seu

tratamento, tornando-o um participante ativo e consciente, tanto de seu problema e dos riscos reais a que está submetido, quanto das diferentes estratégias e medidas existentes para redução de riscos e para a melhora de sua qualidade de vida.

Segundo os diferentes manuais nacionais e internacionais sobre o aconselhamento em DST/aids, esta prática é: um atendimento, que pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, baseada no acolhimento, na confidencialidade, na escuta ativa, na linguagem acessível, na ausência de coerção e no respeito às escolhas do outro, contribuindo para que o cliente sinta-se seguro, consciente e confiante em relação a seus próprios recursos e aos recursos disponíveis no ambiente, além de responsável e capaz de cuidar de sua saúde. Dessa forma, pretende ser um espaço facilitador para a discussão dos aspectos mais sensíveis e pessoais da vida do paciente que interferem ou podem interferir em sua situação de saúde (CDC, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, 1998, 1999; WHO, 2000).

Dentro do campo das DST/aids, tem sido proposto de forma geral os seguintes objetivos para o aconselhamento:

1. Provocar a troca de informações contextualizadas e corretas sobre DST/HIV/aids (formas de transmissão, prevenção e tratamento);
2. Promover a ampliação da percepção e consciência dos riscos; dos diferentes aspectos de sua vulnerabilidade, bem como a avaliação das atitudes individuais e grupais frente a estas doenças;
3. Propiciar a discussão de estratégias individualizadas, contextualizadas e factíveis de prevenção;
4. Contribuir para o fortalecimento emocional e cognitivo do paciente, necessário a uma mudança de atitude;
5. Proporcionar encaminhamento e tratamento adequado, para as pessoas infectadas e afetadas;
6. Ajudar na convocação e tratamento de parcerias sexuais e de parcerias de uso de drogas injetáveis;
7. Promover participação ativa e aderência do paciente no seu processo de tratamento;

8. Fornecer apoio psicossocial para a diminuição do stress emocional associado a estas doenças.

Trata-se, portanto, de uma relação interpessoal, face a face, fundada em três grandes componentes que interagem entre si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997):

- 1) Apoio emocional
- 2) Apoio educativo
- 3) Apoio para tomada de decisão e mudança de comportamento em relação aos riscos individuais.

Vale lembrar que o aconselhamento é uma “*comunicação confidencial, pessoal e íntima feita em resposta às necessidades do cliente*” (WHO; 1995 a). Sendo assim, sua ação é *particularizada e específica*, pois os conteúdos informativos ofertados devem sempre estar articulados com a situação particular de vida do indivíduo, e devem ser repassados de forma a serem apropriados e gerenciados pelo cliente, a partir de seu contexto de vida, de suas experiências individuais e de sua singularidade.

Assim, o aconselhamento vai para além de uma ação educativa propriamente dita, pois ajuda as pessoas a lidarem com a dimensão afetivo emocional e social de sua vivência, personalizando informações e mensagens. Desse modo, as informações fornecidas não se perdem em conteúdos generalizantes e impessoais, mas, ao contrário, devem ser apreendidas de forma particular, contribuindo para a tomada de decisões mais conscientes e facilitando a adoção de atitudes mais favoráveis em relação à própria saúde.

Além disso, as concepções que fundamentam o aconselhamento em saúde enxergam sua ação como uma postura frente ao cliente, que pretende propiciar o *resgate da integralidade* da pessoa que busca os serviços de saúde. Assim sendo, pretende ser uma forma de atendimento que facilite o aparecimento do indivíduo enquanto pessoa integral, em suas diferentes dimensões, e não somente enquanto portador de uma doença ou alvo de uma intervenção de saúde. Propõe-se a enxergar o indivíduo enquanto um *sujeito ativo*, capaz de tomar decisões e fazer escolhas em direção ao seu próprio bem estar.

No Brasil, a associação entre prática do aconselhamento e aids surgiu inicialmente, no âmbito das organizações não governamentais, a partir de trabalhos voluntários com soropositivos e em grupos de apoio entre pares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Posteriormente, esta prática começou a ser incorporada às instituições públicas de saúde, especialmente quando se iniciou a implantação de serviços específicos para a realização do teste anti HIV. Contudo, apesar de ser incorporada como uma modalidade de atendimento e de prevenção desde o início da epidemia (desde 1988), ela nunca foi uma estratégia central de prevenção no país, que se concentrou principalmente no desenvolvimento de oficinas de intervenção em grupo, em campanhas de prevenção de massa e para grupos específicos, em educação por pares, em trabalhos comunitários e, posteriormente, no desenvolvimento de projetos com populações mais vulneráveis.

Dessa forma, apesar de ter sido uma prática implantada pelo Programa Nacional de DST/aids em diferentes situações e cenários, de ter mobilizado um universo significativo de recursos (financeiros e humanos) e de ter concentrado um número relevante de ações de capacitação, esta atividade ainda concentra uma dose expressiva de fragilidades e problemas.

Estudos nacionais, mas também internacionais, mostram que os técnicos que realizam a prática do aconselhamento possuem distintas concepções sobre sua estrutura e objetivos (CDC, 2001), que existe uma importante variação na forma como ela é executada, que em muitas situações ela é banalizada e vista como um simples repasse de informações ou como uma atividade pré formatada (FILGUEIRAS; DESLANDES,1999), que seus manuais e documentos de referência carecem de uma maior fundamentação teórica e técnica, e que existem poucas avaliações sobre sua qualidade e efetividade (SIKKEMA; BISSETT, 1997).

Como podemos compreender essa situação? Parece-nos, que um efetivo aproveitamento dos potenciais da prática de aconselhamento e superação dos problemas apontados pelos estudos depende de que nos debruçemos sobre essa questão. A hipótese que nos orienta no presente estudo é de que parte significativa dos problemas enfrentados pelo aconselhamento em DST/aids deve-se tanto a ambigüidades na formulação do conceito de aconselhamento, desde sua origem teórica conceitual; como a desacordos e incompatibilidades entre o aporte teórico indicado como fundamento dos materiais de

referência sobre aconselhamento em DST/aids (manuais nacionais e internacionais) e os objetivos e formato propostos para esta prática no campo das DST/aids. Esta situação só acirra a falta de clareza e a variação de entendimentos existentes sobre esta ação, bem como, dificulta a incorporação desses conceitos na qualificação dessa prática e sua avaliação.

Assim, para aumentar a qualidade e consistência desta ação, resgatar seu valor e a complexidade inerente em suas diferentes dimensões, é necessário resgatar as origens históricas e conceituais do aconselhamento, tanto enquanto uma estratégia para a prevenção às DST/aids como enquanto uma prática específica de ajuda, identificando e delimitando suas especificidades e características; além de compreender aonde ela se fundamenta teórica e conceitualmente. É com vistas ao desenvolvimento da hipótese acima que se definem os objetivos do presente estudo.

OBJETIVO



2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Analisar criticamente os fundamentos teóricos da prática de aconselhamento em DST/aids relacionando-os aos limites, possibilidades e desafios frente aos seus objetivos no campo da prevenção.

2.2. Objetivos Específicos

- Recuperar o desenvolvimento histórico e conceitual das práticas de aconselhamento, em geral, e da prática do aconselhamento em DST/aids, em particular, apontando os principais problemas e desafios técnicos dessa prática;
- Identificar nos manuais e documentos técnicos nacionais e internacionais sobre o aconselhamento em DST/aids (OMS/UNAIDS, e CDC) as referências teórico-conceituais utilizadas para fundamentar essa prática;
- Delimitar e analisar criticamente os principais aspectos filosóficos, conceituais, operacionais e técnicos destas referências para a prática de aconselhamento.
- Delimitar e analisar criticamente as implicações práticas desses aspectos para o aconselhamento em DST/aids no contexto das estratégias de prevenção.

MÉTODO

3. MÉTODO

3.1. Delimitação conceitual do campo de análise

Dado que este estudo pretende se concentrar na análise crítica dos *fundamentos teóricos* da prática de aconselhamento, é necessário fazer-se inicialmente uma distinção entre o que vem a ser o campo da *teoria* (ciência), da *técnica* (procedimentos normativos sobre como fazer) e da *prática* (ações concretas do cotidiano do trabalho).

Esta distinção se faz necessária porque, apesar de estar abordando o aconselhamento, que enquanto prática de saúde introduzida no cotidiano dos serviços é um *trabalho*, a abordagem proposta, debruça-se sobre a teoria que embasa as recomendações técnicas propostas nos manuais, que por sua vez serão traduzidas pelos técnicos em ações concretas nos serviços. Desta forma, cabe tematizar qual é o papel, a importância, o limite e o alcance da teoria em qualificar e influenciar a prática, e, da mesma forma, qual o papel e a relevância da técnica, que de alguma maneira normatiza os procedimentos adequados que devem ser empregados pelos profissionais em sua ação cotidiana.

Ao compreendermos o aconselhamento enquanto um *trabalho* (no campo da saúde ou da educação) estamos sugerindo que ele é uma *ação* com algumas características específicas (MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHAIBER, 1999):

1) É uma ação estratégica, intencional e com um projeto, ou seja, tem um caráter teleológico e utiliza uma racionalidade dirigida a fins específicos. Desta forma, deve ajustar seus meios aos fins desejados, pois é um instrumento para a consecução de produtos esperados e determinados efeitos (o que faz dela uma ação produtiva);

2) É uma ação visa sempre a modificação e alteração de um determinado objeto, busca alterar um estado de coisas percebido como carecimento exterior, como uma falta, ou seja, responde a uma determinada demanda;

3) É uma ação social, isto é, modifica e é modificada pela sociedade; além disso, é uma ação histórica e socialmente definida, que produz algo *na* e *para a* sociedade, satisfazendo a necessidades e demandas socialmente determinadas e legitimadas. Sendo assim, é uma ação com uma utilidade social, que produz respostas a necessidades identificadas, através de procedimentos intencionais de alteração de uma determinada

realidade. Por este motivo, todo trabalho envolve um olhar circunscrito e recortado sobre o objeto, isto é, traduz sempre uma perspectiva socialmente determinada que restringe e limita o alcance desta ação e a autonomia de quem o executa.

4) Do ponto de vista normativo e das relações sociais, esta ação pode tanto adquirir um caráter mais *estratégico*, como pode adquirir o caráter de uma ação *comunicativa* dependendo do quanto ela é independente ou dependente das relações e interações aonde é construída, ou seja: do quanto é ou não um produto pactuado e consensuado nas relações intersubjetivas, ou do quanto tem um objetivo pré-determinado e fechado a priori, sem espaço para diálogo e para construção e pactuação conjunta (HABERMAS, 1981);

5) É também uma ação técnica, porque promove a consecução de produtos a partir de regras técnicas delimitadas e, ao propor uma racionalidade específica para sua execução, cria um conhecimento e um saber tanto dos meios necessários como do tipo de operação a ser realizada para conseguir-se o produto adequado. Desta forma é uma ação que contribui para a organização e aperfeiçoamento de uma técnica apropriada, isto é, de um *saber fazer*.

Sendo a prática do aconselhamento um trabalho e, portanto, um ato informado e alicerçado em uma técnica, cabe entender também o lugar, as características, os limites e a utilidade da *técnica* na atividade do trabalho.

A técnica é uma *forma de fazer* com a ajuda de uma regra ou de um método, considerado adequado para fins definidos, ou seja, é uma forma de intervenção estruturada e racionalmente organizada, alicerçada em um determinado tipo de saber (saber operacional ou saber fazer), que se fundamenta tanto no conhecimento científico como no conhecimento prático acumulado e que adquire sentido no processo de trabalho.

É, portanto, um conhecimento de caráter aplicado, repetitivo, prescritivo e normativo; que pretende ser reproduzível em situações similares e adaptável a distintos contextos. É a especificidade do ato técnico que confere ao trabalho a possibilidade de ser uma ação repetida por indivíduos diferentes (com talentos, opiniões, formações e valores distintos), mas com a garantia da obtenção de um resultado muito semelhante. É por este motivo uma ação antevista, direcionada e conformada a um projeto prévio, que retém a estrutura virtual da ação concreta. (MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHAIBER, 1999).

Para garantir tal formato, o ensino das técnicas promove um adestramento e um treinamento dos indivíduos para a execução adequada de determinados procedimentos;

indicados para a obtenção de um produto ou efeito desejado. Nesse sentido, o ensino da técnica deve garantir a qualidade de “uma operação corretamente exercida”, mas sem perder a relação com o saber que o fundamentou e o legitimou enquanto técnica. Os manuais e documentos de referência escritos com a finalidade de normatizar e discutir os objetivos, as diretrizes e procedimentos esperados em uma ação de aconselhamento, são exemplos de materiais que pretendem organizar e delimitar tecnicamente a execução desta prática.

Vale lembrar, que a ciência moderna, principalmente após o século XVI, vai abandonando a concepção de um conhecimento desinteressado da perspectiva das necessidades materiais e pragmáticas da vida. Ocorre uma aproximação gradativa da ciência e da técnica (que cada vez mais se complexifica), pois “*se é mister, dominar o conhecimento científico, importa, sobretudo dominar a arte de aplicá-lo*”. (SCHRAIBER, 1993; p162).

Constrói-se assim, uma ciência de natureza técnica, ou seja, uma teorização sobre os modos de praticar e de fazer, e uma técnica orientada pela ciência, e cada vez mais o valor da produção científica começa a associar-se a uma resposta utilitária, a necessidades específicas da vida (uma razão tecnológica dirigindo a produção de conhecimento). Várias teorias já são construídas na perspectiva de sua aplicação prática e algumas teorias são exatamente sobre as variáveis e os elementos que tornam uma intervenção eficaz e efetiva. (SCHRAIBER, 1999; NOVAES RL, 1996; DALMASO, 2000).

Sendo assim, a técnica não deve ser vista como um procedimento neutro, imparcial e asséptico, mas sim alicerçado nas relações sociais de produção e permeado por determinantes sociais e históricos. Portanto, a técnica tem uma dimensão ideológica, pois carrega, acolhe e reproduz uma determinada perspectiva e demanda social, um modo específico de viver e de ver o mundo, interesses e significados implícitos e explícitos; ou seja, há em seu interior um reconhecimento do que é desejável, adequado e correto (baseado em valores socialmente estabelecidos).

Desta forma, tanto os objetivos a atingir por meio dos procedimentos técnicos, como os recursos necessários, são socialmente e historicamente demarcados. A naturalização da técnica (como se ela fosse parte integrante de uma dada realidade e não algo criado pelo homem e como se ela tivesse um sentido único e preciso) ignora que ela encerra sempre um *para quê*, um *porque* e um *em nome do que* procedimentos específicos devem ser realizados.

Ignorando tal dimensão, mascaramos as origens e as razões éticas, políticas, culturais, sociais, filosóficas e científicas dos atos técnicos, e perdemos um elemento chave para a compreensão da intencionalidade do trabalho, que envolve, por exemplo, tanto a existência de pressupostos e reflexões teóricas específicas, como a existência de relações de poder estabelecidas. A técnica, não é um procedimento já dado de forma fortuita e casual, mas deve ser escolhido, e esta escolha não deve ser realizada aleatoriamente, mas alicerçada em determinadas concepções teóricas ou no saber sistematizado da experiência.

Por este motivo, será sempre restrita e parcial qualquer tentativa de avaliar a técnica que desconsidere estas dimensões, como, por exemplo, avaliar a técnica somente em termos de eficácia e eficiência, não levando em consideração os significados, as razões e as motivações das decisões técnicas, bem como sua inserção na lógica do processo de trabalho.

Isto aponta também para o fato de que a técnica é tanto um *produto* da ação humana, como é *executada* pela ação humana. Sendo assim, ela engloba uma dimensão subjetiva e moral, ou seja, indivíduos privados são simultaneamente técnicos e, portanto existe um espaço de decisão individual, de julgamento subjetivo, de escolha pessoal e de criação na aplicação do saber científico e da técnica. (SCHRAIBER, 1996).

Tal fato nos remete à tensão existente entre a idéia da técnica como uma ação sistemática, padronizada, repetitiva, socialmente pré-definida; e a aplicação desta técnica como um ato único e singular que envolve um espaço de liberdade individual e de adequação da regra às particularidades de cada caso. A atuação profissional qualificada não deve ser nem uma aplicação mecânica de procedimentos (sem clareza de seus motivos e implicações e sem adaptação das ações a singularidade do contexto); como não deve ser uma atuação intuitiva, totalmente personalizada e empírica, baseada apenas na leitura pessoal e circunstancial da realidade, ignorando o saber técnico e científico acumulado. Ambos os posicionamentos, promovem uma prática sem fundamento, sem sistematização e inconsistente.

Se o aconselhamento, como uma atividade prática específica, utiliza-se de determinadas técnicas para o alcance de seus objetivos, e se tais técnicas e procedimentos não devem ser executados de forma alienada e mecânica, nem ser desqualificados como sem sentido, vazios e desnecessários, é necessário resgatar-se as razões, o sentido, o significado e as explicações que tornam tais procedimentos legítimos ou adequados.

Desta forma, cabe entender qual o papel, a relevância, a finalidade e o tipo de contribuição que as concepções, construções, e elaborações teóricas fornecem para a qualificação e sustentação da prática e para a escolha da técnica a ser seguida.

Entre alguns autores que discutem a função e a importância da teoria para o desenvolvimento de práticas de saúde e das intervenções clínico terapêuticas (GREEN, 2000; HUGHES, 2000; KRATOCHWILL; STOIBER, 2000; NUNES, 2003), algumas preocupações e reflexões são características: o tipo de relação e de intercâmbio estabelecido entre a experiência prática, a evidência empírica e as discussões teóricas; as peculiaridades e singularidades das construções teóricas nas ciências humanas em contraposição com as teorias de outras ciências positivas; a complexidade e multiplicidade dos fatores envolvidos na compreensão das ações e problemas humanos, o que remete à adoção e articulação de distintas e variadas concepções teóricas.

Dado que a prática profissional é intencional e circunscrita (e não fortuita e casual), e dado que precisa ser direcionada e orientada, é fundamental acessar os pressupostos, os motivos e princípios que norteiam esta ação.

Contudo, dentro do trabalho cotidiano, o acúmulo de evidência empírica isoladamente é de valor limitado para orientar o técnico e insuficiente para direcionar a prática, porque ele indica apenas o quanto uma determinada técnica ou ação consegue cumprir o objetivo pretendido (sua eficácia), mas não aponta os caminhos e os mecanismos pelos quais isto acontece (GREEN, 2000).

Por esse motivo, diversos autores (GREEN, 2000; HUGHES, 2000; KRATOCHWILL; STOIBER, 2000) comentam que a técnica adotada na prática cotidiana, corre risco de ser apenas um menu de intervenções a ser selecionado aleatoriamente, sem uma base racional adequada, a menos que venha acompanhada de construções e raciocínios lógicos ou de princípios e leis mais gerais que tenham a capacidade de dar significado, que possam oferecer explicações sobre as razões e as causas das alterações conquistadas e, em alguns momentos, prever e antecipar situações, resultados e conseqüências;.

Segundo Hughes (2000; p393), a excessiva pressão por obter resultados práticos imediatos e ganhos em curto prazo, pode levar a uma seletiva falta de ênfase no desenvolvimento e enriquecimento teórico. Entretanto, o acúmulo de evidência empírica e o desenvolvimento de teorias não precisam ser vistos como opções alternativas, competitivas e

excludentes. Não devemos abandonar a busca por compreensão dos processos, em função da preocupação com “o que funciona” em uma determinada situação.

Apesar disso, este autor aponta que, a demonstração da eficácia, em grande parte dos resultados de estudos, não se preocupa em demonstrar como e porque esta mudança é causada, o que ajudaria a estabelecer limites definidos para tal efetividade.

Kratochwill e Stoiber (2000) discutem que várias intervenções, mesmo tendo inicialmente um estreito vínculo com a teoria, assim que têm sua eficácia documentada em estudos científicos tornam-se apenas tecnicamente orientadas e são aplicadas da mesma forma em diferentes contextos.

Sendo assim, muitas intervenções empiricamente fundamentadas têm sido desenvolvidas sem o conhecimento dos mecanismos responsáveis pelas mudanças. Porém, o critério para a seleção de técnicas precisa ser continuamente posta em discussão, pois prever a eficácia de um tratamento ou de uma intervenção, como o aconselhamento, somente em função de sua aplicação em casos anteriores é uma visão reducionista, que não atenta para o caráter multifacetado e dinâmico dos problemas humanos e da relação terapêutica.

Um dos importantes papéis da teoria, à medida que as intervenções são aplicadas, é o de guiar esta aplicação, indicando quando estas ações são apropriadas e quando não são; buscando compreender as razões para a dificuldade de generalização destas intervenções em diferentes realidades.

Mas o que vem a ser especificamente uma teoria?

Teoria pode de ser genericamente definida como um “*conhecimento especulativo (baseado essencialmente no raciocínio abstrato), metódico e organizado de caráter hipotético e sintético*” (HOUAISS 2000). Mas a própria definição de teoria carece de uniformidade e unidade entre os teóricos. O conceito de ciência e de teoria científica tem passado por significativas mudanças e transformações no decorrer da história, e há distinções importantes entre o método e o caráter das ciências humanas e das ciências naturais.

A lógica da ciência moderna herdada de Galileu, Descartes, Francis Bacon e posteriormente Newton, que serviu de base para o desenvolvimento das ciências naturais, entende o conhecimento como fruto do método experimental, mensurável, objetivo e

manipulável, controlado pela razão e sempre passível de verificação através de métodos empíricos e lógicos dedutivos. Em suas raízes clássicas, a ciência pressupunha que o mundo a ser conhecido possui uma racionalidade, e uma verdade intrínseca a ele mesmo, que deve ser buscada e acessada, através de um método cuidadoso de transformar as observações controladas da experiência em proposições racionalmente construídas. Por esse motivo, o conhecimento produzido a partir da razão, deveria fundamentar-se em idéias claras e distintas; deveria ser passível de ser transformado em lei universal, deveria ser seguro e certo, dando-nos uma visão o mais próxima possível da realidade como ela é, ou seja, deve buscar a verdade existente no mundo.

O legado que recebemos desta forma de construir o saber científico é um conceito de *verdade* como algo que está no mundo e que pode ser descoberto por meio do uso orientado de uma razão instrumental, a partir de perguntas certas feitas à natureza, isto é, uma verdade vista como correspondência aos fatos, passível de domínio e controle através de raciocínios e proposições lógico-matemáticas.

Isto seria depois fortalecido e endossado pela filosofia positivista, que dá destaque às proposições da ciência por serem *verificáveis e confirmáveis*, isto é, por poderem receber apoio de evidências produzidas e reprodutíveis empiricamente. Mais tarde, apesar de abandonar largamente a tese da correspondência à realidade, o neopositivismo, ou positivismo lógico, reafirmará o critério de demarcação da cientificidade de um conhecimento na sua coerência lógico-formal e na verificabilidade, ainda que hipotética, de suas proposições. Para as correntes positivistas, mesmo as ciências humanas só poderão ser consideradas científicas se propuserem enunciados passíveis de validação dentro desses mesmos critérios .

Esta visão de ciência segundo Green (2000), leva muitos técnicos a enxergarem a teoria como uma posição reducionista e limitada, pois, para ele, parte do ceticismo sob o valor da teoria está também relacionado à visão restrita da teoria formulada pelas ciências naturais e pelo positivismo, que busca oferecer explicações universais e empiricamente comprováveis e que visa fornecer sempre afirmações verdadeiras (sendo a verdade de um conhecimento feita equivaler ao grau de sua verificabilidade).

Para este autor, é necessária uma ampliação e revisão deste conceito, encarando o conhecimento como *contingente, contextual, construído e acordado*; ao invés de universal,

determinado e invariável. Desse modo, o propósito da teoria não seria oferecer explicações universais e previsões, mas sim apresentar uma abrangente compreensão para situações complexas.

No decorrer da história, entretanto, diversos teóricos e cientistas têm questionado essa idéia de verdade como correspondência aos fatos, bem como a concepção de teoria como um conjunto sistematizado e racionalmente organizado de leis universais verificáveis experimentalmente, como as diversas vertentes de crítica marxista ao teor ideológico das ciências, ou a crítica da cisão sujeito-objeto na tradição historicista, fenomenológica e hermenêutica, ou em críticas mais contemporâneas, como as do pós-estruturalismo, neopragmatismo e de autores como Thomas Kuhn (2003) e Edgar Morin (2003), que têm discutido o caráter histórico e socialmente determinado da ciência e sua não neutralidade.

Segundo Kuhn (2003), a comunidade científica é influenciada ideologicamente pela sociedade em que se encontra (é determinada por ela) e a influencia ideologicamente (a determina). Além disso, a comunidade científica cria sua própria ideologia, o seu paradigma, pois a existência de um paradigma depende de um compartilhamento de idéias e noções sobre o mundo, sobre o conhecimento, sobre a busca da verdade. O paradigma oferece uma matriz disciplinar para sustentar as pesquisas científicas. Apesar de abarcar apenas um fragmento da realidade, um paradigma é um pré-requisito para a percepção; pois, o que o homem vê, depende tanto daquilo que ele olha, como daquilo que sua experiência conceitual prévia o ensinou a ver.

A verdade científica dentro desta visão é parcial, pois é um aspecto da realidade que foi fruto de um consenso comunitário, isto é, uma leitura e uma análise que melhor respondeu às necessidades e aos problemas levantados em um determinado período da história da ciência. Ela não é, portanto correspondência da realidade, não é definitiva nem abrangente, e não é totalmente objetiva, pois é histórica e conformada por questões de ordem sócio-cultural.

Estas distintas formas de entender o conhecimento e o “fazer ciência”, suscitam igualmente diversos modos de conceber o papel e as características das teorias, principalmente quando se discute a diferença entre a teoria no campo das ciências naturais e no campo das ciências humanas.

Segundo Nunes (2003), para alguns teóricos tais como Dilthey, que tomam a hermenêutica como o método comum de todas as ciências humanas, o método das ciências naturais é eminentemente explicativo e o método das ciências humanas é essencialmente compreensivo. Para ele, explicar é encontrar do exterior uma relação entre duas coisas, e *compreender é dar uma significação*. Quando se pensa em ciências humanas, é preciso renunciar ao enfoque circunscrito ao pensamento causal, e a idéia de racionalidade que exclui a subjetividade e a linguagem; para tentar compreender a realidade humana que é essencialmente social e histórica.

Nesse sentido, as opções teóricas e conceituais não são neutras ou livres de interesses específicos, mas conformadas em contextos de produção de ciência, que delimitam quais questões são pertinentes e sob que limites o conhecimento é produzido, pois, tanto a teoria como a prática, existem em determinadas formas sociais e culturais (as escolhas epistemológicas são definidas segundo a posição de seus autores na estrutura da prática científica). Existe sempre uma contextualização histórica do conhecimento científico, e o foco teórico utilizado tem grande influência na prática desenvolvida, pois ele proporciona um determinado recorte e um determinado olhar sobre a realidade (SCHRAIBER,1993).

Desta maneira, cada vez mais vão se somando concepções e abordagens sobre as teorias que, ao invés de as enxergarem como explicações mais globais e universalizantes sobre a verdade existente em determinadas realidades, as vêem como afirmações mais localizadas e particulares que tentam explicar, ordenar e significar determinados fenômenos observados.

Hughes (2000) afirma que o conceito de teoria como verdade, tem sido substituído pelo conceito de teoria como ferramenta para organizar e entender fatos circunscritos da realidade e resolver problemas específicos; neste sentido o mais importante não é descobrir verdades gerais, mas encontrar tanto explicações, como um sentido e um significado (mesmo que não sejam os únicos possíveis) sobre a natureza dos problemas e sobre o porque e como algumas mudanças ocorrem.

Segundo Pacheco (2004), na perspectiva pós-estruturalista, a teoria não se limitaria a descobrir, descrever e explicar a realidade, mas estaria irremediavelmente ligada à sua produção, pois, ao descrever, interpretar e tentar explicar um objeto, a teoria de certo modo “inventa-o”. O objeto que a teoria descreve, é efetivamente produto de sua criação, neste

sentido faria mais sentido falar não em teorias mas em discursos, pois um discurso produz seu próprio objeto, ou seja, a existência do objeto é inseparável da trama lingüística que o descreve.

Com relação ao uso de teorias para abordar problemas, Green (2000) sugere que separemos as teorias em: a) teorias *explicatórias* que buscam esclarecer e compreender a *natureza dos problemas* e ajudam na identificação dos diferentes fatores que interferem na causa e manutenção de determinadas situações; b) teorias sobre o *processo de intervenção*, ou seja, teorias que discutem e informam sobre o desenho mais adequado para as estratégias de intervenção, buscando a transformação de uma determinada realidade ou problema.

Sendo assim, as teorias são vistas, por diferentes autores que discutem este tema no campo da psicologia, sociologia e saúde pública (NUNES, 2003; GREEN, 2000), como estruturas, esquemas, modelos e sistemas globais nos quais as situações da realidade (como por exemplo os comportamentos humanos ou a relação terapêutica) podem ser concebidos e visualizados de forma estruturada e organizada, esclarecendo e explicando tanto as possíveis relações funcionais e causais, como interpretando os possíveis significados existentes entre diferentes variáveis de uma dada realidade.

São, portanto, segundo Schraiber (1993), *sistemas hipotéticos intelectualmente construídos* compostos por enunciados conjecturais, proposições, afirmações explicativas e interpretativas; que podem ser sempre contestados ou validados pelos fatos que estão sendo investigados. Dessa forma, fornecem maneiras de enxergar, de dirigir o olhar, de abordar, de manejar, e de organizar materiais e conteúdos complexos.

Mas qual o valor e a importância das teorias no desenvolvimento e organização da técnica e das atividades práticas?

Para muitos daqueles que estão implantando e implementando as ações no cotidiano de trabalho, a teoria pode ser vista como uma posição limitadora, dogmática e restritora da liberdade e da criatividade na prática particular (GREEN, 2000). Principalmente as abordagens hipotético-dedutivas, têm sido criticadas como reducionistas, pois têm limitada capacidade para abarcar a especificidade e o dinamismo das múltiplas questões e variáveis pertinentes em uma situação complexa; especialmente quando as variáveis esquecidas são visíveis para os técnicos, gestores e para a população. Sendo assim, abordagens mais indutivas que são fundadas na experiência são sugeridas por alguns autores.

Contudo, apesar dessas críticas e restrições, em geral há pouca dúvida entre os autores que discutem este assunto (GREEN, 2000, HUGHES, 2000; KRATOCHWILL; STOIBER, 2000); sobre o fato de a teoria desempenhar, um importante papel no processo de se adquirir conhecimento a respeito dos motivos e mecanismos que levam ao sucesso ou ao fracasso de determinadas intervenções. Se os componentes que influenciam uma intervenção não são investigados ou considerados na explicação de seu sucesso ou fracasso, eles provavelmente não vão afetar ou interferir na forma como são construídas e realizadas as intervenções, tornando-as mecânicas, vazias de significado e de fundamento.

Um dos importantes componentes do valor, da relevância e da utilidade das teorias está em que elas possibilitam um pensamento mais abrangente, ou seja, fornecem um olhar mais amplo para além das situações específicas e concretas.

Além dos conhecimentos sobre a técnica e sobre os procedimentos de uma dada intervenção ou tratamento, a clara compreensão dos princípios teóricos que fundamentam a sua adoção auxilia o direcionamento dos profissionais para a tomada de decisões específicas, nas múltiplas e variadas realidades que caracterizam o universo da prática. Desta forma, quando a pesquisa científica busca compreender os mecanismos que explicam a eficácia de um tratamento ou de uma determinada forma de atendimento, ela fornece ao técnico ferramentas para utilizar esta abordagem em distintas situações e contextos; até porque freqüentemente não é indicado ou possível, adotar uma estratégia considerada eficaz ou baseada em evidência de maneira idêntica em distintas realidades. Assim, um importante papel da teoria é aumentar o conhecimento, o entendimento e a flexibilidade do técnico, para saber quando e como adotar intervenções baseadas em evidência (HUGHES, 2000).

Para Hughes (2000), a teoria também favorece o direcionamento do olhar e a da atenção sobre os prováveis elementos interferidores nos efeitos das intervenções (variáveis contextuais, sociais e individuais que limitam ou favorecem o sucesso de uma intervenção); fornecendo subsídios para compreensão e manejo das condições que facilitam a adoção de intervenções baseadas em evidências.

Ademais, as teorias, além possuírem um importante papel em articular, integrar e organizar os diferentes componentes de uma determinada intervenção, de forma a dar-lhes coerência interna; fornecem uma base para julgar se todos os elementos necessários e

relevantes para o desenho de um programa, estratégia ou intervenção foram identificados, levantados e compreendidos, sendo utilizados de forma apropriada.

Contudo, assim como a teoria é importante para uma clara compreensão dos mecanismos responsáveis pela eficácia de uma determinada prática ou intervenção em diferentes contextos; também é fundamental que certas relações teóricas construídas pela razão e assumidas para explicar a eficácia das intervenções, sejam verificadas e conferidas tanto na pesquisa científica, como na prática cotidiana.

O propósito da teoria não é, portanto, o de oferecer explicações universais e amplas previsões sobre o funcionamento da realidade, mas sim o de promover uma compreensão mais abrangente de situações complexas. A capacidade explanatória e explicativa da teoria permite que algumas generalizações possam ser realizadas aumentando a compreensão dos fatos e situações. Todavia, esta compreensão precisará inevitavelmente ser sensível a fatores contextuais e será necessariamente redesenhada na experiência dos técnicos.

O conhecimento técnico científico não pode ser tomado como um sistema de idéias fechado, totalmente abstrato e pré-determinado, e não deve ser aceito como um saber doutrinário nem como uma verdade absoluta e incontestável; mas precisa ser visto e estudado como um saber aplicado e aplicável, bem como necessita ser verificado e recriado na ação do trabalho: *“Somente a experiência vivida na prática pode complementar o homem da ciência, complementar em dois níveis: o ético e o técnico”*. (SCHRAIBER, 1993; p160).

Nesse sentido, a prática pode sempre complementar e enriquecer o conhecimento teórico-técnico produzido, pois irá contribuir para avaliar e reajustar as intervenções técnicas propostas e validar e qualificar a teoria.

Cabe lembrar que, se as teorias precisam ser desenvolvidas e testadas nas situações reais, os programas e intervenções desenvolvidos precisam levá-las em consideração, ao tomarem decisões e ao desenvolverem suas estratégias de ação. Necessitam ainda, documentar sua base teórica e sua racionalização na seleção de teorias.

Sendo assim, outra questão relevante para a discussão, e que tem sido amplamente abordada entre diferentes autores que discutem o papel e o lugar das teorias no campo da psicologia clínica e da saúde coletiva (GREEN 2000; HUGHES 2000; KRATOCHWILL; STOIBER 2000; SUNDFELD 2000); é o fato de que, mais de uma teoria é necessária para explicar e dar significado a diversos problemas e situações da realidade. Nenhuma teoria

isolada dá conta da multiplicidade de perspectivas e variáveis dos problemas humanos e de sua complexidade.

Conseqüentemente, é essencial saber selecionar e escolher uma ou mais teorias que possam orientar as diferentes facetas existentes nas situações de trabalho, pois a escolha da teoria determinará as características do processo de trabalho.

Diversas construções e argumentações teóricas podem ser úteis para explicar os componentes envolvidos em uma dada intervenção e os mecanismos responsáveis pelas mudanças desejadas. Por isso alguns autores consideram que restringir a pesquisa ou a adoção de conceitos teóricos a uma específica concepção teórica pode dificultar o desenvolvimento científico e a qualificação das propostas de ação (GREEN 2000; HUGHES 2000).

Para resolver problemas complexos, portanto, os pesquisadores e técnicos cada vez mais têm buscado construtos, princípios e explicações de mais de uma corrente teórica, e as teorias têm se tornado cada vez mais localizadas e particulares para determinadas realidades. Vale ressaltar, que esta abordagem pragmática da teoria tem conduzido os diversos profissionais, a intervenções que usam *conceitos articulados*, e que se organizam na forma de modelos teóricos mais circunscritos e locais (e não em grandes sistemas teóricos) (HUGHES, 2000).

Por conseguinte, diversos pesquisadores e técnicos com menor freqüência, têm atribuído a si mesmos rótulos de determinadas e exclusivas orientações teóricas; mas baseiam suas práticas, em alguns construtos teóricos que melhor oferecem subsídios para a compreensão da causa e sentido dos problemas e situações específicas que estão vivendo. Estes construtos são conservados, revisados ou descartados dependendo de sua habilidade e utilidade em organizar fatos, explicar mudanças e resolver problemas particulares. Como conseqüência dessa posição, os tratamentos têm se tornado menos doutrinários e mais similares independentemente da corrente teórica adotada.

Assim, apesar da importância dos conceitos, explicações e princípios teóricos, de acordo com Leventhal e Shemberg (1977), alguns estudos mostram que, à medida que a experiência profissional aumenta, os técnicos se tornam mais flexíveis teoricamente, orientando sua prática especialmente por sua experiência, independentemente de orientações teóricas específicas .

Na área comportamental por exemplo, variados estudos revelam, segundo o levantamento realizado por Leventhal e Shemberg (1977); que a psicoterapia é efetiva na extensão da experiência do terapeuta, independente de sua orientação teórica. A importância dos esquemas teóricos diminui à medida que a experiência profissional dos terapeutas aumenta. Apesar de adotarem inicialmente específicos aportes teóricos para guiar seu pensamento e observação, à medida que o tratamento avança, os procedimentos e posturas do terapeuta são fortalecidos com a experiência acumulada com os pacientes e suas posturas vão cada vez mais sendo guiadas pelas operações e esquemas baseados em sua experiência passada de atendimento.

Sendo assim, o que parece ser dedutivamente derivado, na verdade é principalmente derivado indutivamente, pois à medida que um terapeuta ganha experiência, seus esquemas e estruturas de atendimento se tornam mais complexos e confiáveis. Segundo estes autores, a efetividade do terapeuta é em grande parte devida à abrangência e confiabilidade de seus esquemas de interpretação da realidade.

Mesmo assim as teorias são úteis como esquemas globais dentro dos quais a realidade pode ser interpretada, e também como base para a comunicação, para o diálogo e para o entendimento recíproco entre os diferentes profissionais, de forma que as ações desenvolvidas não sejam apenas baseadas na percepção e intuição individual.

É importante destacar que o campo da psicologia, desde sua origem, vem desenvolvendo uma multiplicidade de escolas de pensamento e teorias, tanto sobre o comportamento humano, como sobre o sofrimento psíquico e as raízes dos distúrbios e sintomas psíquicos, sobre o desenvolvimento afetivo, emocional, e sobre a prática psicoterápica e as relações de ajuda psicológica. Tal diversidade teórico-metodológica poderia indicar uma grande desordem, confusão e incomunicabilidade neste campo de conhecimento.

Contudo, com relação ao uso de diferentes teorias para qualificar e fundamentar a prática profissional, vale ressaltar a crescente e recente discussão existente no campo da psicologia, sobre o tipo de contribuição que diferentes abordagens teóricas podem fornecer à prática clínica, e sobre o tipo de cruzamento, intersecção e inter-relação que se pode fazer entre estes conceitos e correntes teóricas; questionando o tradicional compromisso

exclusivista que habitualmente existe entre os profissionais da área, com determinados autores e linhas de pensamento.

Dentro do cenário contemporâneo da psicologia clínica, cada vez mais tem surgido uma tendência à integração e à articulação teórica, tanto na psicoterapia, como em outras formas de atendimento psicológico. Há um esforço atual, principalmente entre as escolas de psicologia americanas, para olhar para além das fronteiras que demarcam as diferenças entre as abordagens, na tentativa de observar o que pode ser aprendido com cada uma destas diferentes perspectivas (SUNDFELD, 2000).

Esta tendência de integração em psicoterapia está relacionada a uma progressiva interação e intercâmbio entre profissionais de distintas orientações teóricas, em diversas situações clínicas do mundo atual. Nesse sentido, tem sido desenvolvida uma rede internacional de profissionais desta área que discutem, as possibilidades de integração teórica (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration – SEPI).

Tal busca por integração, diálogo e síntese têm assumido, contudo, formas e direções ainda bastante distintas. Um primeiro grupo, que estuda os *factores comuns* entre as diversas psicoterapias, se preocupa em identificar e encontrar elementos básicos compartilhados por diferentes psicoterapias. Tem como pressuposto a idéia de que todas as psicoterapias, independente da corrente teórica, são igualmente efetivas – afirmação baseada no resultado de diversas pesquisas. Desta forma, tentam encontrar os fatores e elementos mais importantes para a eficácia das diferentes abordagens psicoterápicas. (SUNDFELD, 2000).

Outro grupo que defende o *ecletismo teórico* apóia uma postura essencialmente pragmática, aonde o psicoterapeuta pode selecionar uma variedade de técnicas e procedimentos, dependendo de sua eficácia para problemas específicos em situações semelhantes. Nessa perspectiva, defendida por Lazarus (1970, apud SUNDFELD, 2000); o terapeuta utiliza a técnica que acredita ser eficaz dentro de uma situação específica, sem necessariamente ter previamente uma clara compreensão teórica para sua escolha ou mesmo sem precisar aceitar a base teórica associada a ela. É uma postura mais utilitária e pragmática, que não valoriza o papel da teoria na escolha dos procedimentos e tem sido criticada como um posicionamento tecnicista, aonde o terapeuta se torna um mero aplicador de um conjunto variado de técnicas; além de apresentar uma visão dicotômica entre teoria e

prática, como duas esferas com poucas possibilidades de trocas e comunicações. (SUNDFELD, 2000).

Já o grupo que defende a *integração teórica* faz uma tentativa para integrar duas ou mais abordagens a partir da interação tanto de suas bases teóricas como de suas técnicas. Esta integração teórica constrói um sistema aberto à assimilação e à introdução de novos elementos, desde que tendo coerência interna, ou seja, nem todos os novos elementos podem ser integrados e, portanto rejeita uma síntese definitiva de duas perspectivas. Busca assim, o exercício de uma comunicação e de um diálogo, que não ambiciona a totalidade do conhecimento, mas a possibilidade de amplas e novas leituras sobre o ser humano. Estes novos elementos, uma vez introduzidos, sofrem alterações e agem também como agentes de mudança para estas abordagens (SUNDFELD, 2000).

De qualquer forma, as críticas a estas iniciativas de integração teórica, apontam para o risco de se produzir sínteses reducionistas e simplistas, ao invés de favorecer e enriquecer o debate teórico e o diálogo epistemológico. Contudo a discussão sobre a importância, a validade e as possibilidades de integração teórica, está longe de ser encerrada e ainda é um campo fértil para debates, pesquisas e investigações. Muitos autores acreditam que haja possibilidade de integração teórica, desde que essa seja pensada em termos complexos e a partir de um raciocínio dialógico, que não reduz as diferenças, mas preserva e respeita a dualidade e a diversidade, discutindo acordos possíveis e espaços para a convivência, transformação e enriquecimento mútuo.

Apesar da possibilidade de enriquecimento mútuo entre teoria e prática, a contínua separação e o afastamento entre o trabalho científico/ produção teórica e, o trabalho técnico aplicado em situações cotidianas dificultam que a ciência e a prática se enriqueçam mutuamente e possam ser transformadas, revistas e qualificadas nesta interação.

Ainda que o trabalho que envolve a produção de cada uma, freqüentemente esteja bastante desarticulado, como nos afirma Hughes (2000), não é frutífero opor experiência prática e ciência teórica, nem útil reduzir a questão da teoria e da prática a uma simples dicotomia. O desejado e necessário relacionamento entre teoria e prática precisa ser sinérgico e não antagônico.

Esta aparente oposição, entre o sujeito razão que constrói objetos no nível abstrato e o sujeito em uma situação concreta, não é procedente e legítima. O pensamento teórico é

sempre influenciado por necessidades historicamente construídas, e uma prática consistente é uma prática refletida e pautada em um entendimento mais amplo das variáveis que interferem no seu sucesso. Nenhuma das duas pode ser vista como desnecessária:

“Se a descrição das formas empíricas imediatas assumidas pelo real fosse equivalente ao seu conhecimento, a ciência teórica seria supérflua; e por outro lado o conhecimento que se afasta do real e se constrói exclusivamente como uma operação conceitual abstrata é nulo enquanto conhecimento” (MENDES-GONÇALVES, 1994; p19)

Segundo Pacheco (2004), vários autores argumentam que a relação entre teoria e prática é indissociável e não representa mais do que duas faces da mesma realidade (a face da possibilidade e a face da realidade), ou seja, existe uma relação de interdependência que só em uma perspectiva pragmática é possível entender mais claramente.

A teoria, a técnica e a prática compõem saberes de categorias diferentes. O *saber teórico* é de em geral caráter analítico ou compreensivo, e pretende caracterizar a natureza e os determinantes das dificuldades e problemas, compreender os mecanismos responsáveis por mudanças (das situações, indivíduos, dos contextos); além de esquadriñar e discutir razões, significados, valores e motivações que estão na base da escolha de determinados procedimentos.

O *saber operacional e técnico* é de caráter normativo, prescritivo, metodológico e aplicado. Pretende orientar a aplicação da ciência, ou seja, é um conhecimento sobre os meios necessários e o tipo de operação a ser realizada para que a ação consiga atingir a utilidade social requerida. Propõe-se a orientar a *“forma de fazer”*, isto é, os procedimentos, posturas e os instrumentos necessários para garantir uma unicidade nas atuações individuais.

O *saber prático* por sua vez, principalmente em áreas aonde o trabalho se constitui baseado em relações interpessoais, como na área da saúde, é de caráter empírico, subjetivo, particularizado e responsivo. Baseia-se principalmente na experiência e na leitura da realidade específica e, com base nestes elementos, pode recriar, remodelar e corrigir o saber teórico e o saber técnico/operacional na prática do trabalho, mostrando outros caminhos para a ação, que posteriormente o saber técnico/operacional sistematiza garantindo a *tecnicidade* do trabalho (SCHRAIBER, 1999).

Assim, a prática constrói um saber específico, pragmático com uma estrutura compreensiva própria (um esquema de interpretação da realidade e um posicionamento particularizado). Este é um saber, influenciado pela peculiaridade dos problemas e necessidades, pelo contexto sócio cultural e afetivo emocional dos indivíduos implicados, e pela organização, estrutura e condições do trabalho.

O mundo da prática, diferentemente do da técnica (em que regras fixas regulam a ação para atingir metas), ou o da teoria, (dominado por princípios gerais e abstrações sobre os fatos da realidade), mesmo quando fundamentado por estes outros saberes, é sempre pessoal e dominado por motivos, valores, intenções e interesses subjetivos, e não somente pelo conhecimento e consciência dos conteúdos em questão e pelas habilidades e competências adquiridas (PACHECO, 2004). É um raciocínio dirigido à ação moralmente informada acerca do que é conveniente e adequado a cada momento. Dessa forma, é uma saber constituído por “*princípios aplicados com sabedoria*” (SCHRAIBER, 1999).

Sendo assim, não se pode fazer uma transposição mecânica e imediata do conhecimento científico e conhecimento técnico para a prática cotidiana, mas é necessário fazer uma adequação, uma contextualização, e avaliar a aplicabilidade da técnica e do conhecimento científico à situação específica. Sempre existirá a necessidade de se fazer uma síntese entre a singularidade dos indivíduos e das situações, a generalidade e abrangência teórica, e a normatividade pragmática da técnica; ou seja, sempre será necessário buscar uma comunicação e articulação entre a construção teórica, a finalidade pragmática e social da intervenção técnica proposta, e as demandas práticas das situações específicas (SCHRAIBER, 1996).

Contudo, se é necessário que a atividade prática esteja mais bem informada por argumentos e explicações teóricas que orientem sua visão, não deixando que esta atividade se torne apenas mecânica ou intuitiva, é necessário buscar caminhos para facilitar o conhecimento teórico por parte dos técnicos, de forma que os mesmos também possam enriquecer e refinar estas discussões teóricas à luz dos processos empíricos.

Por esse motivo, é indispensável a existência de estudos, publicações e reflexões sobre as possíveis contribuições das teorias para as práticas específicas, discutindo seus limites e como estas podem ser utilizadas na prática, diminuindo assim, a lacuna existente entre teoria e prática .

Este estudo tem justamente este propósito. Conforme apontado nos objetivos, e agora melhor especificado com a delimitação acima desenvolvida, buscaremos identificar e analisar criticamente os aportes teóricos influentes nos manuais e documentos de referência para o aconselhamento em DST/aids, a fim de compreender a relação entre as dificuldades práticas de aplicação desta técnica, apontadas ao início, e a tradução destes aportes conceituais nas normas técnicas que as orientam.

3.2. A Perspectiva da Filosofia Hermenêutica

Uma vez delimitadas as relações (e as distinções) entre teoria, técnica e prática, e localizado o foco de interesse no plano teórico-normativo do aconselhamento, justifica-se o recorte do presente trabalho como uma *análise documental*; a qual tomará para exame manuais, recomendações técnicas, artigos e textos conceituais relacionados às técnicas de aconselhamento.

A busca, seleção e elaboração desse material documental (a base “empírica” do estudo) foram orientadas por uma perspectiva compreensivo-interpretativa, fundamentada na hermenêutica contemporânea, tendo como quadro de referência teórico-metodológica a Filosofia Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer.

A Filosofia Hermenêutica de Gadamer, pode ser apresentada tanto como uma reação crítica ao “objetivismo ingênuo” da ciência moderna, que dominava principalmente as ciências naturais e que acreditava na possibilidade de um conhecimento “neutro”, separado de seu objeto, como uma proposta de fundamentação e validação para o pensamento produzido pelas ciências do espírito (ciências humanas), principalmente as ciências históricas, que, para alcançarem legitimidade e serem vistas como científicas, também buscaram adotar, em seus primórdios, o modelo determinista e mecânico das ciências naturais, aceitando a dicotomia sujeito/objeto⁽⁵⁰⁾.

Sua hermenêutica não se preocupou em apontar técnicas para o tratamento dos dados científicos, nem pretendeu criar um conjunto de regras para a construção de um saber compreensivo-interpretativo. Não pode ser considerada, nesse sentido, um método científico, mas se apresenta como uma “estrutura *fundamental da existência humana*”, pois o compreender e o interpretar discursos e textos não se refere somente à experiência científica, mas está na base da própria experiência humana no mundo e na história.

Para Gadamer, a visão de conhecimento originada com Descartes e aprofundada com o Iluminismo de Kant, que vê o procedimento científico como um encontro entre um ser autônomo e um objeto dominado, baseia-se em um engano fundamental a respeito do que é o ser humano, que é visto como separado do mundo, e não como um “ser que está no mundo”, e que interage com o mundo, sempre inserido nele.

Estudioso do pensamento hermenêutico do século XIX, e bastante influenciado pela fenomenologia de Heidegger; Gadamer irá propor que o compreender é a forma originária de realização do “estar aí”, do “ser no mundo”. Assim, para além de ser uma ferramenta e um método para compreensão do mundo e da história, **a interpretação faz parte do próprio ser do homem**: “*Fomos atirados no mundo como seres que interpretam e compreendem*” (BIAGIONI, 1997; p38). O compreender não é, portanto, uma das tantas formas possíveis de comportamento do sujeito, mas é o modo de ser da própria existência.

O ser que “está no mundo” e “com o mundo” é compreensão e é linguagem. O “ser no mundo” que somos possui uma estrutura ontológica de compreender-se no mundo. “*Conhecer é compreender, compreender é interpretar e o interpretar só acontece na linguagem*” (BIAGIONI, 1997; p38). Não existe outra forma pela qual possamos compreender e conhecer os objetos, a não ser desde dentro do universo da linguagem. “*A linguagem é a casa do ser*” (STEIN, 1998). O mundo não é objeto da linguagem, o mundo é linguagem, a linguagem é portadora do mundo, pois todos os objetos são sempre compreendidos no horizonte da linguagem.

No domínio da ciência moderna, o mundo que se faz objeto do conhecer é sempre reduzido a leis, hipóteses, experimentos possíveis. Mas a fenomenologia irá lembrar que tudo isso permanece envolvido pelo *mundo da vida*, que se expressa na linguagem. A linguagem é, pois, condição essencial para a experiência hermenêutica, já que não existe um ponto de vista de compreensão externo à experiência lingüística de mundo.

Para Gadamer, contudo, o ser nunca poderá ser compreendido em sua totalidade, não pode haver uma pretensão de totalidade na interpretação. Nem tudo é acessível à compreensão. O “*ser que é acessível à compreensão, é linguagem*” (STEIN, 1998).

Gadamer vai nos detalhar os contornos desta compreensão ontológica e vivencial, que não é nunca *um comportamento subjetivo*, com respeito a um objeto dado, mas pertence à história do ser que compreende. Isto porque, como já nos lembrava Heidegger, se “este ser

que compreende, é tempo”, e se transforma a cada instante, então toda compreensão se dá sob os efeitos da história (que também se transforma constantemente) e tem uma pré-determinação histórica (está vinculada a um pensamento já existente, a uma tradição). Portanto, não só se *compreende a história*, mas se compreende *na história*, a *partir da história e historicamente*.

Por esta visão, percebemos que já nos aproximamos da história com uma história. Já nos aproximamos das coisas dentro de uma tradição específica. A tradição, para Gadamer, terá uma importância fundamental na construção do conhecimento. Isto porque, não há compreensão fora da tradição. Aquele que compreende o faz a partir de um marco que é histórico, o faz a partir da acumulação do pensamento interpretativo anterior, a partir do seu contexto histórico, de seus próprios pré-conceitos e interesses específicos. Quem interpreta, tem seu horizonte, seu passado, e vive uma situação concreta no momento que interpreta.

Sua ação interpretativa não o separa de sua realidade vivida e é com este horizonte que aborda um texto, ou um discurso qualquer. Gadamer resgata dentro deste processo o valor dos *pré-conceitos* e dos pressupostos para o conhecimento. Quando nos dirigimos a uma situação que queremos compreender e conhecer, sempre iremos carregados de preconceitos. A nossa tarefa, segundo Gadamer, não é removê-los e destruí-los, mas *testá-los criticamente*. Na interpretação, sempre começamos com conceitos prévios que serão substituídos por outros mais adequados. São os inúmeros preconceitos que possibilitam diversas interpretações.

Este processo de substituição de significados antigos por novos dá-se porque sempre antecipamos o sentido das coisas. Já chegamos ao mundo com um projeto que será confirmado ou não, na medida em que dialogamos com o objeto. A compreensão é a contínua formação de um projeto novo. Os primeiros elementos de significados se percebem quando se põe na leitura um interesse mais ou menos determinado. Compreender uma coisa nada mais é do que elaborar um primeiro projeto que vai se corrigindo na medida que vai se decifrando. É preciso lembrar, contudo, que esta antecipação de sentido, não é um ato de subjetividade, mas é determinada pela comunidade e pela tradição na qual estamos inseridos.

Tal situação descreve o *círculo hermenêutico*, que é o movimento onde a tradição e as antecipações encontram-se com as situações concretas e, no acontecer da compreensão,

são transformadas por ela. Somos formados pela tradição, mas também a formamos, na medida em que vamos compreendendo o mundo.

Assim, compreender não é recuperar exatamente o que o outro pensa, ou o que realmente aconteceu numa dada situação que buscamos compreender, pois para compreender não precisamos entrar na situação original com todos os seus detalhes e nem tentar entender a mente dos atores/autores das ações/discursos em questão, mas precisamos interagir com o que foi dito ou realizado, que por sua vez, sempre traz subjacente um determinado horizonte, uma cosmovisão e uma tradição específica. Esta interação se dá sempre a partir de nosso *próprio horizonte interpretativo*.

Deste modo, o processo do conhecimento interpretativo é um processo de compartilhamento de visões de mundo e de pensamentos historicamente construídos, e é chamado por Gadamer, de *fusão de horizontes*. É a linguagem que cumpre esta função de unir horizontes. A interpretação hermenêutica é sempre uma síntese relacional, intersubjetiva, um acordo possível entre dois horizontes lingüisticamente e historicamente determinados. Vale lembrar que cada horizonte normativo e interpretativo está sempre em constante processo de transformação e, neste processo de interpretação, transformamos os nossos horizontes e a nossa própria tradição (GADAMER, 2003).

O significado de uma obra, de um texto ou de uma situação, não está simplesmente “lá” para ser descoberto, mas faz parte de um *acontecimento* que é o *processo* de compreensão. No processo de conhecimento, *não somos expectadores* olhando uma situação, mas estamos *inseridos* dentro da situação. A situação interpretativa é um evento do qual tomamos parte desde dentro. Estamos dentro do mundo com o qual dialogamos.

Sendo *histórica* a compreensão, a verdade também o será. A verdade não está no mundo, mas *acontece no encontro do sujeito com o objeto*, e é fruto de um *diálogo interpretativo* com o mundo. Há sempre uma *inesgotabilidade de sentidos* a serem construídos pela compreensão. Nunca poderei compreender totalmente a realidade. Posso apenas estabelecer uma totalidade que construo a partir de *um ponto de referência*. Este ponto deve ser *compartilhado* com o outro e deve ser bem localizado. Devemos destruir a ilusão de uma verdade desligada do sujeito do conhecimento. Conhecendo o mundo, nos conhecemos. O conhecimento, na visão de Gadamer, sempre implica em um autoconhecimento.

3.3. Algumas ponderações sobre o processo interpretativo, a partir da Filosofia Hermenêutica de Gadamer

3.3.1. O processo interpretativo começa sempre com uma pré – compreensão, ou seja, com uma antecipação de sentido

Como vimos, os pré-conceitos, o estar inserido em uma tradição e o estar imerso em um determinado contexto sócio-cultural, vivendo experiências específicas, constituem a realidade histórica do homem. Assim, sempre que nos aproximamos de um texto, de um discurso ou de uma ação significada, o fazemos a partir de um lugar, a partir de uma *determinada perspectiva*. Sempre vamos ao *interpretandum* com uma *idéia pré estabelecida*, tanto sobre o que buscamos e queremos, como sobre o que podemos encontrar.

Todo o conhecimento é induzido por um *interesse* e por uma *expectativa específica* sobre o que se quer obter com o material a ser analisado. Não nos relacionamos com o mundo desinteressadamente. Existe sempre uma intencionalidade e um universo de significados e conceitos anteriores por trás de nossas ações, e por trás do processo de conhecer. Nossos interesses estão relacionados às nossas necessidades, às nossas experiências e ao tipo de problema que enfrentamos e aos quais precisamos dar resposta. Para Habermas (1981), por exemplo, este interesse pode tanto estar relacionado à dominação e controle, como à necessidade de comunicação e compreensão mútua, como também ao desejo de refletir criticamente sobre as coisas.

Sendo assim, segundo Gadamer, vamos ao material a ser interpretado com um “*projeto inicial de significado*”, que vai se reformulando à medida que com ele interagimos. Os primeiros elementos significativos só se mostram quando colocamos na leitura um interesse determinado, só a partir deste interesse é que vai sendo construído o sentido. Compreender uma coisa não é nada mais, então, do que elaborar um primeiro projeto que se corrigirá depois à medida que a interpretação vai se dando, ou seja, a compreensão é a contínua formação de um projeto novo.

Podemos dizer, portanto, que compreender algo é “entender-se na coisa” e só secundariamente compreender a opinião do outro, ou entender-se sobre essa coisa. Inicialmente devemos ter alguma primeira ligação, ou devemos de alguma forma estar

versados na coisa em questão, e é a partir destes elementos de ligação, que compreendemos. A compreensão começa aonde algo nos interpela. Por isso, compreender um texto significa sempre torná-lo próximo e poder aplicá-lo à nossa realidade (GADAMER, 2003).

Assim sendo, podemos dizer que a primeira condição hermenêutica é a *pré compreensão*. Como este processo não tem fim, nunca podemos falar que temos a interpretação última e definitiva. O que se chama de objetividade é a confirmação da antecipação, no contato com o objeto. Assim, as opiniões prévias inadequadas acabam sendo aniquiladas no processo de compreensão. Precisamos lembrar que se uma interpretação não é uma verdade absoluta, nem por isso carece de valor objetivo. O interpretar está ligado ao humano e não ao absoluto.

Contudo, estes pré-conceitos e estas intenções motivadoras precisam estar conscientes e claras para o intérprete do texto, pois o problema não é ter preconceitos, mas sim não termos consciência deles, de forma a poder “testá-los” criticamente. “*São os pré-conceitos não percebidos que nos tornam surdos para as coisas*” (GADAMER, 2003; p 359). Toda interpretação deve começar com a reflexão do intérprete sobre as idéias pré-concebidas.

Como nos propõe Gadamer:

“Uma compreensão guiada por uma consciência metodológica procurará não simplesmente realizar suas antecipações, mas antes torná-las conscientes para poder controlá-las e ganhar assim, uma compreensão correta a partir das próprias coisas” (GADAMER, 2003; p 359).

O pré-conceito é apenas um juízo que se forma antes do exame acurado de todos os elementos que permitem compreender uma situação. Não significa um falso juízo, uma vez que seu conceito permite que ele possa ser valorizado positiva ou negativamente. Também não pode ser chamado de um juízo sem fundamento, pois ele é um juízo que está falando a partir de outro horizonte normativo. Tomar consciência dos pré-conceitos que guiam a compreensão significa sempre suspender momentaneamente sua validade e transformar estas pré-compreensões em perguntas. Por isso, é importante identificar claramente o porquê

histórico e culturalmente determinado das questões que temos antes de iniciarmos o processo de investigação e explicitar como se escolheu e se delimitou o objeto de estudo.

3.3.2. O processo de compreensão e interpretação se dá através de uma dialética de perguntas e respostas

Como já foi dito, o processo hermenêutico se apresenta como um diálogo entre a realidade do autor do texto (discurso, ou ação), a realidade do intérprete e a realidade do próprio texto, que têm uma história própria, pois é apropriado e reinterpretado diversas vezes no decorrer da história. Esta vivência dialógica se faz por *perguntas e respostas* entre os diferentes horizontes que se fundem no encontro que se estabelece. Portanto, na interpretação de um texto, o intérprete se abre a um diálogo aonde o texto se expressa, responde a inquietações próprias e ensaja outras.

O intérprete interroga o texto e olha para o texto segundo um determinado sentido, e segunda uma determinada orientação. Por isso o texto é sempre visto a partir de uma perspectiva específica. A pergunta que fazemos ao texto coloca um recorte neste texto. Da mesma forma o texto coloca perguntas ao intérprete.

Para compreendermos um texto, precisamos, portanto, além de clarear nossas perguntas, sempre buscar compreender a orientação de sentido do texto, ou seja, que perguntas ele está propondo e principalmente a quais pergunta ele está respondendo. Não há enunciado que se possa entender unicamente pelo conteúdo proposto. Cada enunciado tem sua motivação, tem seus pressupostos. Para Gadamer, a última forma lógica de motivação dos enunciados é a pergunta. Por isso devemos sempre buscar compreender a que perguntas os enunciados respondem. Precisamos alcançar o horizonte aonde estas perguntas se colocam, os pressupostos das afirmações. Compreender uma opinião significa sempre compreendê-la como uma resposta a uma pergunta.

3.3.3. É necessário se ter uma abertura à opinião do outro

Para se compreender um texto é preciso ter a intenção de entendê-lo, ter uma atitude receptiva em relação a todas as características estranhas a nosso próprio horizonte. Devemos

deixar “as coisas falaram para nós”.O que se exige é uma abertura ao outro. Para isso não precisamos de uma neutralidade, nem nos colocarmos de fora da situação, mas precisamos ter consciência de nossas próprias opiniões e pré-conceitos (que também estão sempre mudando) e dialogarmos com as coisas a partir deles. Precisamos confrontar a verdade do texto com nossos pressupostos e opiniões pessoais.

O estudioso deve supor que há uma racionalidade e uma responsabilidade nos documentos estudados, por mais obscuros que eles pareçam ser. Isso significa que o interprete deve levar a sério, como um sujeito responsável, o autor que está diante dele ⁽⁵⁸⁾.

Como nos afirma Gadamer:

“Quem quer compreender um texto, deve estar disposto a deixar que este lhe diga alguma coisa. Por isso, uma consciência formada hermenêuticamente deve, desde o princípio, mostrar-se receptiva à alteridade do texto”.(GADAMER, 2003; p 358).

Antes de achar um texto ou uma passagem absurda e sem sentido, o intérprete deve mudar as perguntas para entender porque o autor afirmou tal coisa, isto amplia as possibilidades de significação.

3.3.4. No processo interpretativo busca-se sempre alcançar o horizonte do autor

Na tentativa de compreender um texto não é necessário nos deslocarmos para a perspectiva psíquica do autor. Compreender não significa recuperar o que o outro pensa, ou resgatar seu universo subjetivo, mas significa fundir nosso horizonte como o horizonte aonde seu pensamento se formou. Assim precisamos nos deslocar para a perspectiva na qual o outro conquistou sua própria opinião, entender seus pressupostos e acessar seu horizonte normativo.

Compreender uma manifestação simbólica é conhecer as condições nas quais suas pretensões de validade poderiam ser aceitas, conhecer o contexto das tradições nas quais se gerou, entender a racionalidade que levou o autor a elaborar seus argumentos. Segundo Gadamer, contudo, é preciso cuidado para não recair na pretensão da hermenêutica romântica, de buscar interpretar exatamente as intenções/motivações do autor. À isso não podemos ter um acesso verdadeiro, mas apenas à história de efeitos da sua produção, que o situa dentro de uma tradição, cuja compreensão ajuda a esclarecer a ele e à nossa própria

participação nesses efeitos, ou seja, enxergar as perguntas por trás das respostas. Isto nada mais é do que fazer valer o direito objetivo daquilo que o autor diz. Uma coisa só fica bem compreendida quando se encontram suas explicações, quando se torna explícito, o que estava implícito. O objeto a ser conhecido não é do autor, nem nosso, mas terá na interpretação qualquer coisa comum que nos une – a história dos efeitos de uma obra/autor em uma tradição.

3.3.5. É necessário sempre acessar e manejar com os efeitos da obra na história

Para dialogarmos com o horizonte do autor não temos outra via de acesso senão os efeitos do seu texto na história. O texto, uma vez escrito, assume independência em relação ao autor, adquire autonomia em seu devir histórico, sendo objeto de muitas leituras, interpretações e aproveitamentos. Nessas várias apropriações, do qual é objeto, o texto adquire sua “objetividade” histórica.

Por isso, nos relacionamos não somente com o texto, mas com as variadas interpretações que se fizeram dele na história e com seus efeitos históricos. Esta *história efetual* faz parte da tradição do texto. Nosso conhecimento de determinados autores está determinado pelas considerações que fizeram outros, a partir de sua perspectiva histórica.

No ato da interpretação também se dá uma situação histórica, e as críticas e debates que fazemos sobre o texto ao o interpretarmos também se incorporam à tradição deste texto. O conjunto das interações entre os leitores e o texto nos ajuda a melhor descobrir o sentido deste texto. Além disso, vale a pena lembrar que, para compreender as partes é sempre necessário compreender o todo, e para compreender o todo é preciso compreender as partes.

3.4. Componentes e etapas do estudo

Com este horizonte metodológico e a partir dos objetivos que foram explicitados, a presente investigação se estruturou nas seguintes fases:

a) Levantamento de *livros, artigos e teses* sobre o ***aconselhamento em geral*** – que possam ajudar a delinear e situar, histórica e conceitualmente esta prática - a partir das bases

de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, PSICNET e DEDALUS – sistematização e análise crítica desta material.

b) Levantamento de *livros, artigos e teses* sobre o ***aconselhamento em DST/aids*** que possam situar histórica e conceitualmente esta atividade, e ajudar a compreender os principais problemas, desafios e dificuldades em torno deste aconselhamento; (a partir das bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED, PSICNET e DEDALUS)- sistematização análise crítica desta material.

c) Levantamento *dos manuais e documentos normativos* sobre o ***aconselhamento em DST/aids***, tanto os nacionais como aqueles organizados por organizações internacionais de referência em saúde e em aids, como UNAIDS, OMS, OPAS, CDC.

d) Identificação das ***principais referências teóricas*** utilizadas para fundamentar os documentos normativos e manuais selecionados.

e) **Contextualização da tradição teórica** na qual se situam as *referências identificadas*..

f) Análise dessa tradição teórica quanto às suas principais características e contribuições e quanto aos seus limites para instruir a aplicação prática das técnicas de aconselhamento no âmbito das ações de prevenção de DST/aids.

3.5. Sobre a base documental do estudo

3.5.1 Artigos e livros nacionais e internacionais

Foram levantados e analisados 25 documentos, entre artigos e livros (nacionais e internacionais) sobre a origem histórica e conceitual da prática do aconselhamento em geral, e 70 documentos (nacionais e internacionais) tanto artigos como livros, sobre diferentes aspectos do aconselhamento em DST/aids, de forma a delimitar seu histórico no Brasil e no mundo, bem como seus principais problemas e dificuldades.

3.5.2. Manuais Nacionais

Foram levantados todos os manuais e documentos de referência oficiais produzidos até hoje pela Coordenação Nacional de DST/aids/MS e relacionados à prática do Aconselhamento em DST/aids. Não foram selecionados materiais dos programas estaduais e

municipais, até porque eles normalmente estão embasados nas diretrizes do programa nacional. São eles:

- Manual de Condutas Clínicas. MS (1988).
- Manual de Aconselhamento/AIDS. Brasília. MS (1989).
- Treinamento em Aconselhamento/AIDS: Guia dos Multiplicadores Brasília. MS (1989).
- Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico. Brasília. MS. (1993).
- Aconselhamento em DST/HIV/aids: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília MS. (1997).
- Treinamento em Aconselhamento em DST/HIV/aids. Brasília. MS. (1998).
- Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Brasília. MS. (2000).
- Aconselhamento em DST/HIV para a atenção básica. Brasília MS. (2004).
- Oficina de Aconselhamento em DST/HIV para a atenção básica. Brasília MS. (2005).

Além destes manuais, foram utilizados alguns outros materiais de referência para ações de aconselhamento baseadas em encontros de avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico e estudos de avaliação das ações de aconselhamento.

- Relatório do I Encontro Nacional de Avaliação dos COAS. Brasília MS (1994).
- Relatório do II Encontro Nacional de Avaliação dos COAS. Brasília MS (1996).
- Seminário sobre Aconselhamento. Brasília MS (1996).
- Relatório de Estudo Nacional sobre a Avaliação das Ações de Aconselhamento em DST/AIDS. Brasília MS (1999).

3.5.3. Manuais internacionais

Foram selecionados os manuais internacionais que apareceram como referência para a elaboração dos manuais nacionais, aqueles que foram citados na maioria dos artigos sobre aconselhamento em DST/aids (nacionais e internacionais), e que foram produzidos por organizações internacionais. Não se buscou manuais referentes a programas de aids de países específicos. Os manuais selecionados foram:

- Guidelines for Counselling about HIV infection and disease. Genebra. WHO. 1990.
- Technical Guidance on HIV Counseling, Testing e Referral : Standards and Guidelines. Atlanta CDC, 1993.
- Technical Guidance on HIV Counseling, Testing e Referral : Standards and Guidelines. Atlanta CDC, 1994.
- Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. Atlanta CDC, 2001.
- Counseling for HIV/aids: a Key to Caring . Genebra. WHO. OMS. 1995a
- Source Book For HIV/aids Counselling Training. WHO, 1995c.
- Voluntary Counselling and Testing (VCT) Technical Update. UNAIDS, 2002.

Outros materiais da WHO/OMS, UNAIDS e CDC relativos ao aconselhamento também foram examinados, assim como um artigo muito citado por outros artigos de aconselhamento em HIV/aids, que discute as concepções teóricas utilizadas no desenvolvimento dos manuais do CDC:

- Opening up the HIV/aids epidemic –Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling and appropriate use of case reporting. UNAIDS/WHO, 2000.
- Tools for Evaluating HIV voluntary Counseling and Testing. UNAIDS.WHO. 2000.

- The Impact of Voluntary Counselling and Testing : a global review of the benefits and challenges. UNAIDS/WHO. 2001.
- Increasing Access to HIV Testing and Counselling . WHO. 2002.
- Sikkema KJ, Bissett RT. Concepts, Goals and Techniques of Counseling: Review and Implications for HIV Counseling and Testing. *AIDS Educations and Prevention* 1997; 9 (Sup B):14-26.

Nestes manuais, foram buscados os subsídios teóricos a técnica do aconselhamento. Os manuais identificados abordam tanto o aconselhamento para pacientes soropositivos e com aids, como o aconselhamento em relação ao teste anti-HIV, e em situações de pré-natal. Isto porque, a especificidade destes variados aconselhamentos não se encontra normalmente em seu formato, em seus objetivos, ou em suas técnicas; mas sim principalmente, nos conteúdos abordados.

3.5.4. Referências teóricas do aconselhamento

Os manuais em geral, principalmente os internacionais, citam como referência bibliográfica, outros manuais já escritos, e alguns artigos sobre o tema. Nos manuais do CDC, encontram-se referências a artigos que fazem uso de diferentes modelos teóricos de mudança de comportamento. Com certo esforço, e se utilizando também de informações obtidas em artigos selecionados sobre a prática do aconselhamento em DST/aids, foi possível perceber, no exame desses manuais, que, entre diversas influências mais esparsas, três principais correntes teóricas foram utilizadas, em diferentes momentos, para instruir estes materiais:

- 1) A Psicoterapia Centrada no Cliente ou Abordagem Centrada na Pessoa - Carl R. Rogers.
- 2) A Teoria Sócio-Cognitiva (Albert Bandura), Terapia Cognitiva (Aron T Beck) e a Teoria Cognitiva Comportamental/ Terapia Racional Emotiva (Albert Ellis) – todas muito próximas, apesar de distintas.
- 3) O Modelo Trans-teórico de Mudança de Comportamento-Transtheoretical Model of Change-TMC (Prochaska).

Contudo, a linha teórica mais claramente explicitada e identificada, tanto nos manuais nacionais como internacionais; foi a *Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers*. Por esta razão, essa foi a tradição teórica privilegiada como material de análise nessa primeira aproximação à questão posta por esse estudo. Vale lembrar, contudo, que (para além dos manuais), na leitura de *artigos internacionais* sobre a prática de aconselhamento em DST/aids (alguns citados no manual do CDC), alguns outros modelos teóricos também foram citados. Nestes artigos, estes modelos foram analisados e devidamente testados para a prática do aconselhamento em DST/aids (principalmente modelos teóricos de mudança de comportamento). São eles:

- a) Modelos de Crenças de Saúde (Health Belief Model- HMB)
- b) Teoria da Ação Racional (Theory of Reasoned Action – TRA).
- c) Modelo de Redução de Risco para a aids (Aids Risk Reduction Model – ARRM)
- d) Modelo de Informação, Motivação e Crenças (Information-Motivation-Behavioural Skills – IMB).

Entendemos, contudo, que uma análise consistente deste conjunto de modelos seria impraticável nos limites deste estudo, optando, portanto, pelo privilegiamento da referência que nos pareceu *mais central* do ponto de vista de seus efeitos sobre a normatividade que prevalece nos manuais de aconselhamento. Naturalmente que será desejável que, em outras oportunidades, essas outras influências teóricas e modelos sejam cotejadas com a tradição rogeriana, não apenas no sentido de esclarecer sua história efetual, como para localizar outras tradições paralelas e concorrentes e seus respectivos alcances e implicações.

3.6. Forma de aproximação ao modelo teórico de Carl Rogers

Com o objetivo de analisar as contribuições, limites e possibilidades de aplicação da abordagem teórica de Rogers, na fundamentação, orientação e qualificação da prática do aconselhamento em DST/aids; foi feito um levantamento criterioso e rigoroso, porém delimitado e intencional, do pensamento rogeriano; escolhendo dentro de uma vasta e extensa obra, composta de inúmeros livros e artigos científicos (20 livros, 250 artigos),

aqueles que discutiam e examinavam especificamente as *características*, os *componentes*, as *condições* e os *resultados* envolvidos na prática de uma relação de ajuda (seja ela de aconselhamento ou de psicoterapia).

Nesse sentido, foi selecionado um material que pudesse fornecer “luz” sobre os intrincados e emaranhados processos e elementos implicados no estabelecimento de uma relação interpessoal de ajuda efetiva e específica, tal como pretende ser o aconselhamento em DST/aids.

Não foram incluídos neste estudo e investigação, os escritos de Rogers sobre o trabalho desenvolvido com grupos (grupos de encontro), nem o material que trata da aplicação da Abordagem Centrada na Pessoa à relação familiar e de casal.

No total, foram selecionados e examinados oito de seus vinte livros publicados, sendo que esse material selecionado abrange o desenvolvimento de seu corpo teórico desde o início da carreira até seus últimos escritos, além de 12 artigos de diferentes períodos de sua vida que discutem: a prática da psicoterapia e a relação de ajuda; o processo de comunicação interpessoal; o processo de tornar-se pessoa (utilizando todo seu potencial); a prática da ciência e a prática de atendimento clínico; sua visão de educação e de ensino aprendizagem; a abordagem de problemas, dificuldades e tensões sócio culturais, políticas e comunitárias.

Com a proposta de fazer uma abordagem hermenêutica dos documentos levantados, o plano de análise e investigação desse material, além de abordar os textos com perguntas e questionamentos considerados importantes para a prática de aconselhamento em DST/aids (características da relação de ajuda, condições para sua execução e sucesso, papel do profissional e do cliente, resultados esperados, seu formato e seus limites), também se ocupou em entender, mesmo que de forma limitada a tradição de pensamento e o contexto aonde se insere o trabalho desse autor: suas principais preocupações, interesses, motivações e questionamentos, e os valores, princípios e perspectivas teórico-filosóficas que influenciaram e orientaram, tanto a sua construção teórica, como sua prática clínica e suas investigações científicas. Dessa forma, preocupou-se em compreender minimamente as condições nas quais as pretensões de validade desse discurso poderiam ser aceitas, ou seja, que razões o autor teve para fazer essas investigações e elaborar seus argumentos.

Foi com essa atitude receptiva e compreensivo-interpretativa, com a intenção de acessar o horizonte normativo desse autor e descobrir a racionalidade de seus escritos, que os textos e documentos foram selecionados e analisados. Tal atitude envolve de modo indissociável, como acima apontado, uma postura crítica e reflexiva; que tem no entanto clareza, dos conceitos prévios que orientaram este estudo e seu horizonte teórico de origem, que se alicerçam: na tradição de pensamento preventivo sobre a aids desenvolvida no Brasil; nas reflexões sobre integralidade do atendimento em saúde, sobre a humanização e a equidade na atenção; na perspectiva pedagógica proposta por Paulo Freire; nas proposições habermasianas sobre as condições necessárias para um diálogo racionalmente motivado e de um encontro intersubjetivo democrático e igualitário; e na tradição hermenêutica que discute o compartilhamento de horizontes intersubjetivos. (AYRES; JUNIOR; CALAZANS; et al., 1999; Ayres, 2002 a; PAIVA, 2002; CAMARGO JR, 2003; MATTOS, 2003; CAMPOS, 2006; FREIRE, 1996; FREIRE 2005 a; GADAMER, 2003; HABERMAS, 1981).

Dado que os efeitos positivos e negativos da obra de um autor na história, bem como as críticas e louvores recebidos fazem parte de sua tradição de pensamento; também foram levantados e analisados doze artigos e um livro escritos por comentadores e críticos do pensamento de Rogers, tendo como fontes de acesso a estes documentos uma pesquisa realizada na Psiconet e no DEDALUS.

DELIMITAÇÃO HISTÓRICO/CONCEITUAL

4. DELIMITAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DO ACONSELHAMENTO

O termo “aconselhamento” vem sendo utilizado historicamente para uma extensa variedade de atividades e intervenções, relacionadas principalmente à promoção do desenvolvimento humano e do bem estar pessoal. Propõe-se a fazer isso através da descoberta, avaliação, realce e incremento dos recursos internos e interpessoais de indivíduos e grupos, visando de forma geral, uma melhor qualidade de vida e uma maior satisfação pessoal.

No decorrer da história, indivíduos em crise, ou com dificuldades de manejar diferentes situações e desafios da vida cotidiana, têm procurado outros indivíduos em busca de ajuda, tanto para resolver problemas e encontrar soluções para os diversos dilemas da vida, como para tomar decisões específicas e encontrar caminhos que favoreçam seu próprio crescimento pessoal e seu ajustamento social.

Com o passar dos anos, este tipo de relação de ajuda veio se especializando cada vez mais, acumulando diferentes técnicas e metodologias, princípios e abordagens, baseadas em diferentes concepções do ser humano, do que vem a ser uma relação de ajuda, do processo de desenvolvimento da personalidade, do processo de mudança de comportamento, do processo de ensino aprendizagem e do processo cognitivo afetivo existente em situações de tomada de decisão.

Desde a década de 20 até a década de 50, passou-se a denominar *aconselhamento* esta prática de ajuda mais *focalizada e objetiva*, de caráter mais *situacional, educativo e preventivo* que, de forma geral, se propunha a construir um *ambiente* e uma *relação* voltados para o apoio, para a solução de problemas específicos e para a tomada de decisão. Tal prática foi se estruturando e, em muitos países, definiu-se, inclusive, como uma profissão e atividade específica, distinta da psicoterapia e da psicologia clínica e de outras profissões de ajuda, como assistência social, medicina, psiquiatria e enfermagem (WHITELEY, 1999).

Desde o início, contudo, as fronteiras entre aconselhamento e psicoterapia sempre foram alvo de intenso debate, tanto por parte dos autores que contribuíram para estabelecer o aconselhamento como um novo campo de especialização dentro da psicologia, como por parte de autores que discutiam os conceitos teóricos que embasavam o atendimento psicoterapêutico. Vale a pena examinar a confusão existente na compreensão destas duas

práticas, porque, como perceberemos mais tarde, as dificuldades relacionadas ao processo de aconselhamento em DST/aids têm sua origem em conflitos bem mais antigos, associados à própria definição e delimitação do aconselhamento enquanto uma atividade específica (LEWIS, 1970; SANTOS, 1982; SCHEEFFER, 1976; WHITELEY, 1999).

4.1. O Aconselhamento e a Psicoterapia

A confusão de identidade e a falta de uma clara distinção entre estas duas práticas devem-se a várias razões. Em primeiro lugar, ao fato destes dois processos (apesar de suas especificidades) possuírem a *mesma* natureza: ambos envolvem uma relação de ajuda face a face, que tem como finalidade maior produzir *mudanças construtivas* nas atitudes de seus clientes com relação à vida e a situações específicas, e ambas, de alguma maneira, contribuem tanto para ajudar o indivíduo a ter uma *maior compreensão de si mesmo* em sua relação com o mundo, como forma de orientá-lo no posicionamento e tomada de decisões, como também pretendem o *desenvolvimento positivo* da personalidade e a *atualização de potencialidades* pessoais (SCHEEFFER, 1976). Além disso, muitos dos princípios e posturas que são vistos como pré-requisitos para o desenvolvimento de uma, também são postulados e defendidos pela outra: o respeito e consideração positiva, a escuta qualificada, o desenvolvimento de uma relação de confiança com sigilo e confidencialidade, etc.

Em segundo lugar, esta confusão também se deve a uma *imprecisão lingüística*, associada às *definições e metas* oferecidas pelos autores que discutem estes dois tipos de prática. Estas definições são normalmente muito “vagas”, “amplas” e “genéricas”, englobando atividades e propósitos que poderiam ser aceitáveis e admissíveis em ambas as atividades. Um exemplo disso é a forma como tem sido identificado o objetivo do aconselhamento pela Divisão de Aconselhamento da Associação Americana de Psicologia: “*ajudar os indivíduos em direção à superação de obstáculos para seu crescimento pessoal, aonde quer que eles possam ser encontrados, com vistas à realização de um ótimo desenvolvimento de seus recursos pessoais*” (PATTERSSON CH, 1959). Esta meta, bastante abrangente e muito pouco precisa, poderia ser aceita por diversos psicoterapeutas, como também cabível para um trabalho em psicoterapia, pois ela não aponta para as especificidades de cada uma das atividades. Porém, apesar das semelhanças possíveis, poder-se-ia perguntar: os obstáculos a serem superados são da mesma natureza? Os meios

para a superação destes obstáculos são similares? O que cada uma dessas práticas entende por desenvolvimento do indivíduo ou de seus recursos pessoais?

Uma outra razão importante para esta falta de clareza está relacionada ao fato de que muitas das teorias que sustentam e fundamentam a prática da psicoterapia também são utilizadas como fundamentos do aconselhamento, pois, como nos afirma Sheeffler (1976; p 10): “*não existem teorias de aconselhamento, mas teorias de personalidade, de comportamento e de aprendizagem aplicadas ao aconselhamento*”.

Na verdade, cabe lembrar que apesar de nascerem dentro de uma mesma época, em sua origem, aconselhamento e psicoterapia surgiram para responder a demandas distintas e tinham procedimentos, estratégias e propostas razoavelmente diferentes.

O mundo contemporâneo, no final do século XIX e início do século XX, se configurava, principalmente para as nações que estavam em amplo processo de crescimento econômico, tal qual os EUA, como um período de amplas transformações culturais e sociais, perda de estabilidade, otimismo e expectativas em relação ao futuro; mas também de inseguranças e incertezas quanto ao destino de cada um, pois a sociedade em mudança abria uma extensa gama de possibilidades e caminhos novos para a possível realização pessoal.

Quanto mais complexas, dinâmicas e ricas estas sociedades se tornavam, menos definido se delineava o futuro de cada um de seus membros, e menos claro e determinado estava qual o *melhor lugar* que cada um *poderia e deveria* ocupar nestas sociedades emergentes. A vida moderna, além de menos previsível e determinável, trazia novas pressões e exigências, uma maior instabilidade e fragilidade nas relações interpessoais e um maior grau de isolamento entre os indivíduos e grupos já existentes. Valores como autonomia, independência, direitos individuais, privacidade, auto-realização, autodeterminação e progresso, se tornaram cada vez mais centrais na sociedade capitalista em crescimento. Dentro deste contexto, acreditava-se que “*o indivíduo não somente tem o direito, mas também o dever de buscar e de encontrar o seu caminho, sua posição na sociedade e sua realização enquanto pessoa, o máximo possível*” (TYLER, 1969; p 4).

Tais mudanças culturais e sociais, como por exemplo, uma maior fluidez na forma como se estruturavam as relações interpessoais (entre os sexos, entre as classes e grupos sociais), bem como alterações significativas na estrutura ocupacional, transformando consideravelmente o quadro de ocupações e profissões existentes, foram consideradas por

alguns autores que descrevem a história da prática do aconselhamento (LEWIS, 1970; TYLER, 1969; PATTERSSON; EISEMBERG, 2003), como fundamentais para o incremento de problemas emocionais e para o surgimento de uma demanda por serviços de orientação e de ajuda profissional.

Dentro deste contexto, podemos perceber que, tanto as teorias educacionais como as diferentes formas de atendimento psicológico e aconselhamento que foram surgindo na sociedade, consideravam os problemas vocacionais, educacionais e emocionais como desvios e empecilhos para a construção de uma sociedade mais coesa e estruturada, com vistas ao progresso. Assim, viam a educação e as práticas de ajuda em surgimento como instrumentos de equalização social e de correção das distorções (SAVIANI, 1983).

A prática específica do aconselhamento tem sua origem relacionada a uma técnica desenvolvida por Frank Parsons (1909), com a preocupação de ajudar pessoas jovens a fazerem escolhas profissionais em um mundo onde o trabalho estava se tornando cada vez mais complexo e diversificado, em virtude da Revolução Industrial. Ele pretendia desenvolver um processo racional de auto-avaliação com estes jovens, que pudesse associar a análise das oportunidades de trabalho existentes no mercado e as características das diferentes ocupações com os talentos e as características individuais da personalidade.

Nos anos que se seguiram, especialmente após a I Guerra Mundial, houve um importante incremento no desenvolvimento de métodos de medida e avaliação psicológica: testes de aptidão, de interesses, de habilidades, de inteligência, de estrutura e dinâmica da personalidade, entre outros. Estes instrumentos forneciam uma importante fonte de informação sobre os indivíduos e ajudavam na identificação de caminhos mais personalizados durante o processo de escolha profissional. Segundo alguns autores (PATTERSSON; EISEMBERG, 2003; SCHEEFFER, 1976; TYLER, 1969), o aconselhamento tornou-se mais racional e científico durante este período e adotou a “Abordagem de Traços e Fatores”, de Williamson (1939), que funcionava como um “aconselhamento dirigido e diretivo”, combinando os traços pessoais, aos fatores necessários para o sucesso nas diferentes ocupações.

O aconselhamento iniciado nos Estados Unidos da América (EUA) esteve, portanto, muito associado, durante os anos 20 e 30, até início da década de 40, à orientação vocacional e profissional. Posteriormente, associou-se também à orientação educacional e

matrimonial. Era uma atividade realizada por vários profissionais não médicos (psicólogos, assistentes sociais, educadores); o seu foco era normalmente um problema específico, e suas técnicas se concentravam na *análise das diferentes dimensões do problema* e na *busca de caminhos personalizados e factíveis para solucioná-lo*. Assim sendo, o aconselhamento ficou focado, durante um bom tempo, em questões educacionais, vocacionais e profissionais, ao invés de questões clínicas.

Já a psicoterapia, em sua origem, era vista como província da medicina e, quando muito, da psicologia clínica. Era entendida como um *tratamento* de perturbações, distúrbios e problemas de ordem psíquica e emocional, estava baseada no modelo médico e era bastante associada a práticas da psicanálise e suas vertentes.

Com o tempo, porém, os profissionais que executavam o aconselhamento foram percebendo que muitos dos problemas que pretendiam ser resolvidos por uma abordagem mais racional e objetiva tinham raízes mais profundas, e estas raízes muitas vezes impediam sua solução.

Na própria atividade de aconselhamento vocacional, evidenciou-se que não bastava conhecer as habilidades do indivíduo e as diferentes opções de trabalho, pois, mesmo de posse destas informações, alguns indivíduos não conseguiam optar por nenhuma área, nem desenvolver e utilizar tais aparentes habilidades. Começou-se a avaliar a demanda psicológica por trás da escolha das carreiras (aspirações, pressões sociais, impulsos, medos e desejos), e os obstáculos cognitivos e emocionais para a tomada de decisões, para a realização das diferentes tarefas requeridas e dos planos propostos. Percebeu-se que as técnicas tradicionais utilizadas no aconselhamento não eram suficientes para compreender e manejar estas situações de maior complexidade.

Não obstante, qualquer assimilação de técnicas e conteúdos novos que permitissem uma abordagem mais efetiva dos problemas identificados no aconselhamento dificilmente não esbarraria nas fronteiras da psicoterapia. Esta última estava se firmando e se estruturando tanto como um método de tratamento de distúrbios emocionais, quanto como um método de pesquisa do comportamento, das motivações humanas e do funcionamento da mente. Com o objetivo de ser mais conceituada e respeitada no meio científico, exigia uma formação e uma capacitação bastante específica, demorada, e intensa (ligada principalmente à psicanálise e a escolas correlatas).

Segundo alguns autores (PATTERSSON; EISEMBERG, 2003; LEWIS, 1970), durante este período, principalmente logo após a II Guerra Mundial, a demanda por serviços psicológicos cresceu de forma considerável, principalmente associada ao atendimento dos veteranos de guerra e seus familiares.

Foi dentro deste contexto que a publicação feita por Carl Rogers de seu “*Counseling and Psychotherapy*” (1942), teve um impacto tão relevante em ambas as práticas, pois ele era um psicoterapeuta sem formação médica (um psicólogo), que propunha um tipo de atividade psicoterapêutica acessível ao perfil e à formação dos diferentes aconselhadores. Isto acontecia, porque ele fornecia elementos para a abordagem de dificuldades de ordem emocional e de conflitos psíquicos sem a necessidade de se entrar na análise detalhada de suas raízes inconscientes, na exploração cuidadosa do passado, e sem precisar fazer uso da interpretação da transferência.

Para muitos autores, a freqüente indiferenciação entre aconselhamento e psicoterapia teve origem na posição de Carl Rogers, que sempre considerou sinônimos o aconselhamento e a psicoterapia, pois, segundo ele, os princípios que orientam a psicoterapia que propunha não se diferenciavam dos princípios que fundamentam todas as relações humanas consideradas construtivas (ROGERS, 2005 a).

Segundo Rogers, vários profissionais, em suas entrevistas com clientes, têm como proposta produzir mudanças construtivas na vida do outro através de um relacionamento interpessoal, e, portanto, seu foco de estudo foi conhecer quais as condições e as características necessárias de um *relacionamento interpessoal* que pudesse ser verdadeiramente *fonte de crescimento e desenvolvimento*.

Entretanto, mesmo Rogers, que defendeu a princípio que as diferenças entre as correntes e propostas psicoterapêuticas eram aparentes, pois elas estavam na verdade, falando sobre as mesmas experiências com palavras e rótulos diferentes, acabou mais tarde concluindo que as distinções existentes entre as abordagens e processos psicoterapêuticos eram significativas. Considerava, contudo, esta situação saudável e fértil para a produção do conhecimento.

Apesar de existirem vários autores que, como Rogers, não consideram tão necessário, importante e mesmo útil preocupar-se em fazer uma clara distinção entre estas duas práticas, de forma geral a maioria dos autores considera que estes dois processos não

são em absoluto a mesma coisa e que algumas diferenças fundamentais não podem ser ignoradas (COREY, 1997; PATTERSSON CH, 1959; LEWIS, 1970).

Historicamente diversos teóricos tentaram fazer distinções mais rígidas entre aconselhamento e psicoterapia (PATTERSSON CH, 1959; SANTOS, 1982; SCHEEFFER, 1976). Algumas destas tentativas se mostraram inconsistentes, frágeis e questionáveis. Os pontos focados nestas tentativas, e que não se mostraram adequados para uma efetiva distinção, foram enxergar as diferenças: 1) na população atendida ou o tipo de paciente/cliente; 2) no profissional que exerce esta prática; 3) na severidade e gravidade do problema trazido pelo indivíduo.

Vamos considerar rapidamente estes três argumentos:

1) Alguns sugeriram que o diferencial entre estas atividades estava em que o aconselhamento atendia indivíduos mais próximos da “normalidade”, ou seja, sem distúrbios, perturbações ou sintomas psico-emocionais, mas apenas com problemas ligados a *crises normais do processo do desenvolvimento humano*, ou situacionais; e a psicoterapia, por seu lado, sendo vista como um *tratamento*, visava atender demandas ligadas a sérias *perturbações psíquicas*, ou seja, não conflitos situacionais, mas *conflitos intrapsíquicos* que comprometiam diferentes dimensões da personalidade. Esta diferenciação não se mostrou verdadeira, contudo, porque, além de não ser fácil definir quem está em uma posição ou em outra (até pela controvérsia em torno do termo normalidade), a psicoterapia foi estendendo seus domínios e sua proposta de atendimento, propondo a promoção do desenvolvimento da personalidade para qualquer pessoa interessada nisso, além de trabalhar com qualquer tipo de queixa ou demanda emocional. Além disso, mesmo uma pessoa com problemas mais sérios de ordem psíquica, em diversas situações, pode se beneficiar com um trabalho de orientação mais focado em problemas e demandas específicas, como o aconselhamento.

2) A sugestão de alguns, de que a psicoterapia estaria mais ligada à formação do psiquiatra e do psicólogo clínico; e a do aconselhador, a outras categorias profissionais, também não se mostrou consistente, porque algumas linhas teóricas da psicoterapia abriram sua formação para profissionais de diferentes áreas e, em variadas situações, médicos e psicólogos clínicos também fazem aconselhamento.

3) Outro argumento sobre a diferença entre estas práticas, também considerado frágil, estaria na severidade e gravidade da queixa trazida. Ora, as queixas mais situacionais

ou relacionadas a uma determinada circunstância da realidade externa, ou mesmo ligadas a problemas mais conscientes, podem ser tão graves, desestruturantes e relevantes para o indivíduo (provocando bastante sofrimento emocional) quanto queixas que desde o início parecem ter uma origem mais profunda e inconsciente e estão comprometendo diferentes dimensões da personalidade.

Para muitos teóricos do aconselhamento, as distinções mais consistentes e aceitáveis em relação ao aconselhamento e à psicoterapia estão relacionadas, na verdade, a um conjunto de características que, consideradas em sua totalidade, permitem distingui-las. Tais conjuntos seriam resultantes da articulação de três ordens de aspectos: 1) metas e objetivos; 2) abordagem/técnicas utilizadas; 3) alcance/abrangência dos temas e conteúdos trabalhados. A partir destes pontos, estas duas atividades são diferenciadas da seguinte forma:

A psicoterapia é um termo genérico, que cobre um amplo espectro de métodos e teorias de *tratamento* de problemas e dificuldades de ordem afetivo-emocional, bem como o manejo e alívio do sofrimento psíquico.

É caracterizada por uma relação freqüentemente (mas não necessariamente) mais *prolongada* e demorada. Enfoca as *fraquezas* e *patologias* que bloqueiam o desenvolvimento da personalidade como um todo e pretende, em geral, mudanças *abrangentes* na dinâmica e estrutura da personalidade. Por isso, é considerada uma abordagem *reconstrutiva* (WOLBERG, 1988), voltada para a exploração em profundidade, não se contentando, normalmente, com o material consciente e facilmente acessível, mas investigando freqüentemente também conteúdos menos acessíveis à consciência, que estão relacionados com as situações de angústia e stress emocional.

Dessa forma, não se concentra somente na solução de alguns problemas e dilemas específicos (a não ser quando usa a técnica de psicoterapia focal e breve), mas visa em geral, o *insight*, a *reorganização*, a *reconstrução* e *reestruturação* de diferentes dimensões da *personalidade total* do indivíduo. Utiliza-se de diferentes técnicas, dependendo da linha teórica, tais como: alterações no sistema de valores e crenças pessoais, esclarecimento de conflitos intrapsíquicos, interpretação da dinâmica das relações interpessoais e do significado subjacente dos comportamentos, clarificação de percepções distorcidas, entre outras. Utiliza, portanto, principalmente técnicas que facilitem o acesso, a compreensão e a ressignificação dos diversos aspectos do sofrimento emocional. É normalmente

fundamentada em teorias sobre o funcionamento da personalidade, sobre o desenvolvimento afetivo/cognitivo e em teorias sobre as desordens psíquicas e mentais (psicopatologia).

Já o aconselhamento é caracterizado, de forma geral, por ser uma prática mais *suportiva/de apoio, reeducativa (não reconstrutiva) e preventiva*, voltada mais para a solução de problemas e dificuldades bem *específicas*, e para a tomada de decisões. Está focada principalmente em dificuldades mais *conscientes* e mais facilmente reconhecíveis pelo indivíduo, em problemas situacionais ou de etapas especiais do desenvolvimento humano.

Possui uma abordagem *mais diretiva* e um posicionamento *mais ativo* por parte do aconselhador. Em geral, tem como objetivo construir um *ambiente* e uma *relação* voltada para: 1) apoio, análise, compreensão e solução de *problemas específicos*, 2) ajuda no processo de tomada de *decisões importantes*, e operacionalização de objetivos relevantes para o indivíduo, 3) promoção de *crescimento pessoal* e autoconhecimento.

Assim, é um processo, preocupado com o fornecimento de elementos para que o indivíduo possa mudar atitudes, comportamentos ou a percepção de uma dada situação problemática. Já desde sua origem foi baseado em um modelo de orientação mais diretiva e associa processos educativos e cognitivos com afetivos e emocionais (SCHEEFFER, 1976). *Não pretende ser um tratamento*, mas, está associado a uma *ajuda estruturada para situações difíceis* (que se utiliza de elementos psíquicos, sociais, interacionais e até biológicos).

Dessa forma, o aconselhamento tem um *caráter instrumental e situacional*, pois pretende contribuir para o desenvolvimento pessoal, facilitando a realização e a escolha mais satisfatória entre as opções que estão disponíveis no momento para o indivíduo.

Apesar de existir uma variedade significativa de propostas de aconselhamento pautadas em diferentes orientações teóricas (cognitiva, comportamental, existencial, rogeriana e até psicanalítica...), de uma forma geral esta atividade utiliza como estratégia de ação: 1) a identificação, o resgate, a otimização e o uso dos *recursos pessoais e sociais* disponíveis, 2) o fortalecimento do ego, do potencial, das habilidades e das defesas mais saudáveis, 3) o trabalho com áreas mais *preservadas* do psiquismo e mobilização de *recursos* e de *tendências adaptativas*, 4) uma postura mais *ativa e diretiva* do aconselhador, 5) a criação de um *vínculo* e de um *ambiente seguro, compreensivo*, facilitador para

comunicação, para expressão de sentimentos, vivências e autoconfrontação, 6) a avaliação constante dos diferentes aspectos do *contexto de vida* do indivíduo.

Para isso, normalmente faz uso de diferentes técnicas (dependendo da orientação teórica) tais como: informações, esclarecimentos, interpretações, reafirmações, encorajamento, ensino de habilidades específicas, sugestões racionalmente fundamentadas e pautadas em um conhecimento detalhado dos contextos e das vivências; reforço e condicionamento, “empoderamento”, organização social e mudanças na configuração do ambiente, além de técnicas que ajudem a expressão emocional dentro de um ambiente mais seguro e propício. De forma geral, tem uma duração mais *restrita e delimitada*.

As práticas de aconselhamento normalmente envolvem a aplicação de diferentes princípios e técnicas, deduzidos principalmente de teorias sobre as relações humanas, sobre o desenvolvimento da personalidade, sobre o comportamento humano e sobre o processo de ensino aprendizagem (SANTOS, 1982; SCHEEFFER, 1976; PATTERSSON CH, 1959,1973).

Contudo, um relevante contraponto existente dentro da própria prática de aconselhamento, está na divergência existente entre abordagens mais diretivas e menos diretivas, dependendo da orientação teórica adotada. Por este motivo, e por causa da extensão de abordagens teórico-metodológicas que fundamentam e instruem tanto a psicoterapia como o aconselhamento, alguns autores se preocupam mais em distinguir ou aproximar estas abordagens teóricas, do que em distinguir exatamente o aconselhamento da psicoterapia (COREY, 1997; PATTERSSON CH, 1973).

Um conhecido teórico do aconselhamento (PATTERSSON CH, 1959), também nos adverte, que devemos tomar cuidado com a tentativa de diferenciar o aconselhamento da psicoterapia, através da sugestão de que o aconselhamento está mais preocupado com os aspectos cognitivos e racionais do problema, e a psicoterapia com os afetivos emocionais. Discordando desta visão, afirma que este tipo de conceituação leva as pessoas a confundirem o aconselhamento com um processo educativo, ou com uma atividade de repasse individualizado de informações importantes. Lembra-nos que, apesar desta atividade focar apenas em um tipo específico de situação ou problema, o repasse de informações sempre será uma parte, ou mesmo um complemento possível do processo de aconselhamento e nunca o aconselhamento como um todo; que envolve diferentes

estratégias como autoconfrontação e autoconhecimento, análise e transformação de contextos e atitudes, entre outros.

Cabe lembrar que, mesmo com todas as tentativas de diferenciação do aconselhamento e psicoterapia, para muitos autores existe ainda um grande terreno de indiferenciação, pois permanece a existência de uma zona comum e semelhante de ações e intenções que abarca ambas as práticas. Alguns teóricos ainda pensam que, quando o aconselhamento, por algum motivo, é dirigido a objetivos mais amplos e extensos, levando em consideração diferentes aspectos da personalidade, ele pode ser classificado como uma forma de psicoterapia.

No início da década de 50, momento em que o aconselhamento já era uma prática bastante utilizada em diferentes áreas e situações, houve alguns encontros e conferências nacionais e internacionais com o objetivo de estabelecer os princípios, as normas e os padrões para o desenvolvimento desta atividade profissional, bem como para a regulamentação de seu exercício. A Northwestern Conference, em 1951, foi a primeira que tentou definir os limites do aconselhamento em relação à psicologia clínica, além de discutir uma padronização mínima da formação necessária para esta prática. O Aconselhamento Psicológico foi definido como uma especialidade da psicologia em 1956 (WHITELEY, 1999).

Durante muitos anos, o aconselhamento psicológico foi avaliado pela Associação Americana de Psicologia como sendo a especialização de mais baixo status dentro da psicologia. Contudo, vale ressaltar que, apesar de se caracterizar como um procedimento de ordem mais suportiva e reeducativa, tal atividade não tem menor relevância para a vida dos indivíduos que dela fazem uso e, pelo contrário, alguns de seus resultados podem ter um efeito capilarizado e uma abrangência bem mais ampla do que previsto inicialmente, atingindo inclusive áreas a princípio não trabalhadas.

Assim, mesmo que a meta do aconselhamento seja entender os obstáculos para o crescimento de um indivíduo em uma *situação determinada e temporária*, pretende, ao remover tais obstáculos, reativar todo o processo de desenvolvimento pessoal (WHITELEY, 1999).

4.2. O Aconselhamento e as práticas educativas

Cabe, por fim, uma nota quanto ao aconselhamento no campo da educação, já que ele tem também estado associado a essa área e, em alguns momentos, até se confundido com uma ação educativa, por vários motivos. Em primeiro lugar, porque boa parte do trabalho desenvolvido em aconselhamento psicológico, principalmente nos EUA, desenvolve-se no ambiente escolar e universitário, e está profundamente relacionado à atividade de orientação vocacional e educacional. Este tipo de aconselhamento se relaciona em parte ao que no Brasil chamamos de orientação pedagógica, e em parte ao que denominamos psicopedagogia.

No primeiro caso, trata-se de um profissional que orienta tanto os professores na condução da tarefa pedagógica, como os alunos na identificação e solução de problemas do processo educativo, ligados ao desempenho escolar. No segundo caso, está relacionada a uma abordagem individualizada com o estudante, que tem como objetivo identificar e manejar dificuldades específicas de aprendizagem a partir da remoção de elementos bloqueadores que interferem na compreensão das informações e na aprendizagem, tanto de ordem cognitiva, emocional, como social.

Ao mesmo tempo, além de ter estado durante muito tempo, mais focado em seus componentes cognitivos e racionais do que em elementos emocionais e sociais, a maior parte dos teóricos desta área concorda que faz parte do aconselhamento um processo individualizado e personalizado de aprendizagem de informações e conhecimentos sobre temas e situações específicas de interesse, habilidades, comportamentos, atitudes, valores, recursos pessoais, recursos sociais e ambientais.

No entanto, os conteúdos e a temática a serem aprendidos dentro desta atividade, deveriam ser sempre determinados pelas necessidades e pelo contexto de cada indivíduo e não serem pré-definidos. Apesar disso, algumas ações de aconselhamento permanecem trazendo conteúdos prontos, genéricos e pré-formatados para serem difundidos muitas vezes de forma descontextualizada e acrítica, enxergando o processo educativo como um mero repasse de informações.

Postas as questões das origens, interfaces e distinções que conformam o campo do aconselhamento, é necessário agora sistematizarmos algumas das definições mais difundidas sobre o aconselhamento e suas características principais, para que possamos passar a examiná-lo no contexto específico das práticas de saúde e da prevenção de DST/aids.

Segundo a definição de Sherr e Quinn (apud SIKKEMA; BISSET; 1997; p16), o aconselhamento é:

“a habilidade e o princípio de utilizar o relacionamento e o vínculo interpessoal como ferramentas para promover o crescimento pessoal, o auto conhecimento, a auto percepção, e a superação de dificuldades; e pode ser concebido como uma estratégia para ajudar na solução de problemas específicos, na tomada de decisões importantes, no fortalecimento do indivíduo em tempos de crise, no manejo de sentimentos e conflitos interiores, na avaliação e reflexão sobre estratégias para alterar e melhorar seu contexto de vida, ou como forma de aprimorar o relacionamento com outras pessoas. Ao aconselhador cabe facilitar o caminho do cliente na reflexão sobre suas dificuldades e sua postura, e ajudá-lo a formular um plano de ação, respeitando seus valores, seus recursos pessoais e sua capacidade de autodeterminação.”

Segundo Ruth Scheeffter (1976; p18), o aconselhamento é um processo que visa: *“aumentar a autocompreensão e a compreensão das exigências do ambiente, a fim de possibilitar a avaliação de alternativas viáveis, definir problemas e dificuldades relacionadas aos papéis sociais, e conduzir escolhas e decisões vitais realísticas”*.

Patterson E.L. e Eisemberg S. (2003, p 1), outros importantes autores do campo do aconselhamento, definem seu objetivo como o de: *“capacitar o cliente a ter maior domínio sobre as situações da vida, a adotar posturas que promovam o crescimento pessoal e a tomada de decisões mais satisfatórias e eficazes. Como resultado, o processo de aconselhamento deve aumentar o controle do indivíduo, tanto sobre as adversidades, como sobre as oportunidades presentes e futuras”*.

Para ele, em grande medida, as abordagens de aconselhamento estão baseadas no pressuposto de que a *possibilidade* de viver satisfatoriamente e eficazmente é aumentada por informações sobre o eu (capacidades, necessidades, emoções, valores, interesses, modos de interpretar a si e aos outros), e sobre as condições do ambiente (limites concretos, contexto social/econômico e cultural, rede de apoio, qualidade e características dos vínculos interpessoais, e situações específicas). O controle do indivíduo sobre seu destino aumenta na medida em que ele adquire maior compreensão dos diferentes contornos da relação entre seu “eu” e o ambiente.

Muitas são as linhas, abordagens e posicionamentos teóricos que vêm fundamentando esta prática no *decorrer* dos anos, nos diferentes ambientes em que ela é utilizada. Algumas enfocam mais os *aspectos cognitivos* para mudança de comportamento, utilizando técnicas mais persuasivas, reforçadoras e racionais, e outras têm se concentrado mais em *aspectos afetivo-emocionais* do comportamento, focalizando mais sentimentos, valores, vivências e representações psíquicas, acreditando que a solução de dificuldades de ordem emocional pode ser generalizada para outros campos importantes da vida do indivíduo. Contudo, há ainda propostas de aconselhamento que enfocam os *aspectos afetivos e cognitivos em conjunto*, pois acreditam que tanto a capacidade de solucionar problemas cognitivos é aumentada na medida que há um estado afetivo seguro, como o progresso na solução de problemas cognitivos contribui para o cliente se sentir melhor a seu próprio respeito.

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

O aconselhamento em saúde tem sido empregado mundialmente tanto para mudança de comportamento e de hábitos individuais e grupais, como para apoio emocional e para ajuda na adesão a tratamentos e condutas terapêuticas, e está presente, dentro das mais variadas temáticas: tabagismo, alcoolismo, orientação sobre amamentação, orientação em contracepção, orientação quanto à alimentação (nutrição), situações de crise emocional, orientação genética, acompanhamento de pacientes cardíacos, pacientes com câncer, diabéticos, usuários de drogas, prevenção primária e secundária de aids, entre outros.

Apesar disso, como podemos perceber, o aconselhamento em sua história e aplicação, concentra, desde sua formulação enquanto prática específica de ajuda, uma significativa dose de ambigüidade, de imprecisão, de múltiplas visões, e em alguns momentos inclusive uma aparente contradição entre seus elementos constitutivos, que de uma forma ou de outra, podem ter contribuído para acirrar as dificuldades e inconsistências em sua execução, nas diferentes áreas aonde ele tem sido implantado, como por exemplo, dentro do campo das DST/aids.

ACONSELHAMENTO NO PANORAMA DAS DST/aids

5. O ACONSELHAMENTO NO PANORAMA DAS DST/aids

5.1. O aconselhamento em DST/aids: breve histórico internacional

O período concentrado entre 1981 e 1984 foi considerado por alguns autores que sistematizaram os diferentes momentos da epidemia de aids no mundo (MANN e TARANTOLA 1996; AYRES, 1997) como *Período da Descoberta*, pois foi o momento em que: ocorreram as primeiras notificações desta “nova entidade clínica” (1980/1981), foi realizado o isolamento do vírus (nos EUA e na França), descobriu-se as principais formas de infecção e transmissão e buscou-se compreender melhor os fatores de risco associados a esta enfermidade, o que levou à identificação de grupos considerados “de maior risco”.

Somente a partir de 1986, quando começa a ser delineado o caráter pandêmico da epidemia (que atinge grupos sociais distintos em diferentes regiões do mundo, dos dois sexos, de diversas faixas etárias e de variadas orientações sexuais), é que são criados e formalizados grupos de trabalho específicos sobre o tema da aids em diferentes agências internacionais, tais como a Organização Panamericana de Saúde (OPS) e Organização Mundial de Saúde (OMS).

O aconselhamento começou a ser implantado em DST/aids como uma das principais estratégias de prevenção primária e secundária conduzidas pelo CDC, a partir de março de 1985 nos EUA, quando o US Food and Drug Administration, licenciou e disponibilizou o primeiro teste ELISA para detecção de anticorpos anti-HIV (VALDISSERI, 1997). Nesta época, cientes da necessidade de conhecer o crescimento desta infecção na população e de identificar e cuidar das pessoas já atingidas, apesar do prognóstico desta infecção não ser claramente conhecido e a disponibilidade de tratamento efetivo ainda estar distante, o US Public Health Service emitiu recomendações provisórias para o uso do teste e disponibilizou 10 milhões de dólares para financiar o oferecimento do teste anti-HIV em diversos serviços e departamentos de saúde do país (VALDISSERI, 1997).

Desde essa época, as recomendações encorajavam a oferecer o teste com aconselhamento pré e pós-teste para todas as pessoas consideradas “em risco”, de forma voluntária e confidencial. Em suas primeiras publicações sobre a testagem e o aconselhamento para o HIV, o Centers for Disease Control (CDC), nos EUA, identificou algumas pessoas e grupos a quem deveria ser rotineiramente oferecido o teste com

aconselhamento: homossexuais, bissexuais (homens), usuários de drogas injetáveis (UDI), pessoas com evidência clínica ou laboratorial da infecção pelo HIV, pessoas nascidas em países onde a infecção pelo HIV já tinha um papel preponderante, profissionais do sexo e seus parceiros, parceiros de pessoas infectadas (segundo CDC, 1986). Recomendações posteriores (CDC, 1987), ainda incluíram pessoas em tratamento de DST, pessoas planejando casarem-se, pessoas de grupos “considerados de risco” (acima descritas) admitidas em hospital, pessoas presas e pessoas que se consideravam em risco (VALDISSERI, 1997).

Durante este período, as mais importantes discussões estavam associadas à natureza *voluntária e confidencial* do teste. Como a epidemia estava profundamente associada à estigmatização, discriminação e preconceito contra as pessoas infectadas, argumentava-se que não havia benefícios justificáveis para propor uma testagem que não fosse voluntária e confidencial. Discutia-se que uma irresponsável e injustificada revelação do diagnóstico poderia trazer desastrosas conseqüências pessoais e sociais para os indivíduos e grupos afetados.

No centro desta discussão estava a sociedade civil organizada, como, por exemplo, a American Civil Liberties Union, que foi favorável ao oferecimento dos testes de forma anônima, como proteção contra a discriminação, e para isso lutou por leis que protegessem a confidencialidade dos registros médicos. Desta forma, os primeiros manuais publicados pelo CDC sobre o aconselhamento e testagem (1986 e 1987) destacavam a importância de oferecer o teste HIV de forma sigilosa e voluntária, preservando a confidencialidade dos resultados e discutindo a necessidade do aconselhamento ajudar a *diminuir as barreiras e preconceitos* em torno do teste. Este posicionamento foi crucial para o aumento do número de pessoas interessadas em fazer o teste.

Neste período era grande a desinformação, tanto dos técnicos como da população, sobre diferentes aspectos relacionados à transmissão, à prevenção e ao diagnóstico do HIV/aids, o que só favorecia o incremento de atitudes e posturas alienadas em relação aos riscos e discriminatórias em relação aos infectados. Os primeiros manuais do CDC ainda enfatizavam uma variedade de *questões técnicas* sobre o significado do teste, interpretação dos resultados, janela imunológica, diferenças entre HIV e aids, formas de transmissão e prevenção. Estes materiais estavam preocupados em descrever os principais conteúdos que

precisavam ser acessíveis à população e enfatizavam a necessidade de diminuir o medo referente ao teste anti-HIV.

O aconselhamento associado à política de aids ainda estava muito ligado à testagem anti-HIV e a ênfase dada ao aconselhamento a partir destes documentos se concentrava principalmente no *repassé de informações gerais e globais* e no *incentivo à redução de comportamentos de risco*. O foco do aconselhamento estava centrado no *conteúdo* a ser passado; a abordagem centrava-se em um modelo didático tradicional e as preocupações principais convergiam para a doença e o tratamento (SIKKEMA; BISSETT, 1997; VALDISSERI, 1997).

Vale lembrar que, mesmo nessa época, vários centros de DST nos EUA já se preocupavam com o diagnóstico, tratamento precoce e convocação de parceiros e se utilizavam de um modelo de aconselhamento baseado em um diálogo e um relacionamento interpessoal com vistas à prevenção e ao suporte psicossocial, que valorizava a autodeterminação dos indivíduos.

Em 1990, a OMS publicou um Manual específico para ações de Aconselhamento, (direcionado ao manejo tanto de pessoas interessadas em testar-se, como de pessoas soropositivas e seus familiares), aonde o aconselhamento não é visto como uma técnica ou como um espaço de repasse de informações, mas sim como um relacionamento, baseado em determinados valores e atitudes, com o intuito de ajudar os indivíduos a identificarem a natureza de seus problemas e riscos e tomarem decisões sobre como lidar de forma realista com esses problemas. Era uma proposta que incluía o manuseio de aspectos afetivos emocionais e sociais, e mostrava uma influência importante da teoria de Carl Rogers, em seus elementos e conceitos, mas sem citá-la especificamente.

Em 1991, após a publicação de inúmeros estudos questionando a eficácia do aconselhamento, o CDC reuniu um grupo de *experts* para melhorar a proposta do aconselhamento, introduzindo explicitamente a *Abordagem Centrada na Pessoa*, de Carl Rogers na elaboração de seu desenho. Esta abordagem teórica foi novamente utilizada e explicitada nos manuais de 93 e 94 do CDC, sendo reforçada em manuais posteriores da Organização Mundial de Saúde (OMS) (VALDISSERI, 1997).

Esta nova abordagem propunha um aconselhamento mais interativo, que valorizava a *qualidade do vínculo* estabelecido e colocava o foco do aconselhamento *no cliente*, em seu

mundo pessoal, em seu contexto de vida e em seus recursos pessoais e sociais. O aconselhamento passava a ser encarado como um *diálogo individualizado*, dirigido e desenhado para as circunstâncias específicas de cada um (gênero, idade, grupo social, raça, orientação sexual, tipo de comportamento de risco, religião, valores culturais). Dessa forma, um importante elemento introduzido foi a postura de *escuta ativa*, que proporcionou que o aconselhamento passasse de uma aparente “aula”, ou exposição, para um *relacionamento* que personalizasse cada informação. Além disso, esta nova abordagem valorizava também os *aspectos afetivos e emocionais*, além do uso de técnicas cognitivas na elaboração dos planos personalizados.

Além desta corrente teórica, outro modelo teórico que o manual se baseou para fundamentar a mudança de comportamento foi o “Transtheoretical Model”, proposto por Prochaska que propunha identificar estágios específicos de mudança de comportamento em que cada um dos indivíduos atendidos encontrava-se, propondo intervenções adequadas e específicas a cada uma dessas situações e momentos de vida (SIKKEMA; BISSETT, 1997).

Em 2001, com os avanços terapêuticos e laboratoriais, com as dificuldades concretas de implementação das recomendações do manual nas diferentes situações, e com os novos desafios que a prevenção e o tratamento começaram a apresentar (aconselhamento para diferentes populações, para diferentes ambientes e situações e introdução da noção de vulnerabilidade com suas diversas dimensões de análise) surgiu a necessidade de uma maior flexibilidade na implementação dessas abordagens. Abordagens mais ecléticas que integravam diferentes modelos teóricos começaram a ser sugeridas e testadas (SIKKEMA; BISSETT, 1997).

5.2. O aconselhamento em DST/aids e seu histórico no Brasil

A epidemia de aids no Brasil, bem como o desenvolvimento das principais respostas sociais e governamentais, podem ser divididos segundo alguns autores (TEIXEIRA PR, 1997; PARKER, 2003) em seis principais períodos.

O primeiro período, que pode ser denominado de *Período de Mobilização Inicial* ou *Período das Primeiras Respostas*, envolvendo os anos de 1980 a 1985, caracteriza-se pelo aparecimento dos primeiros casos de aids (todos seguidos de óbitos) no estado de São Paulo, pelo grande desconhecimento da epidemia, tanto pela população como pelos técnicos e

gestores da saúde, mas também pela rápida organização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e posteriormente de outros estados, para responder à demanda colocada pela sociedade civil organizada, especialmente pelos grupos socialmente atingidos.

Já neste momento inicial, podemos identificar algumas características e peculiaridades da resposta brasileira em relação à epidemia do HIV/aids, tais como: a descentralização das primeiras ações; o envolvimento de movimentos sociais na discussão e elaboração de propostas e o reconhecimento da legitimidade de sua demanda; a ausência de uma postura discriminatória; a tentativa de garantir cuidados médicos; a busca por suporte social e a adoção de algumas diretrizes e princípios ético-políticos fundamentais, como a solidariedade, a priorização da cidadania, o direito à vida e a luta contra a discriminação e o preconceito com os grupos atingidos.

Apesar disso, somente em 1985, quando já existiam 11 estados com programas específicos para o controle da aids e cerca de 64 casos notificados de aids, o governo federal brasileiro reconheceu a importância do problema, que no início dos anos 80 ainda era visto como circunscrito e de pequena dimensão, não satisfazendo aos critérios epidemiológicos para uma intervenção do sistema público de saúde.

A marca progressista que pautou as diretrizes éticas e programáticas desta resposta descentralizada, iniciada em São Paulo, e que serviu como modelo para outras respostas estaduais e posteriormente para a organização de um Programa Nacional de aids, esteve alicerçada em uma conjunção de fatores técnicos, políticos e sociais que possibilitaram a construção de estratégias de ação que desde o princípio salientaram a integração entre prevenção, cuidado e tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como referência os direitos humanos.

Um primeiro fator considerado relevante para a tonalidade desta resposta brasileira foi o fato de que a demanda foi originalmente gerada por um segmento social caracterizado pela permanente luta por direitos humanos (movimento gay). Além disso, o grupo que inicialmente se organizou para responder ao problema dentro da Secretaria de Estado da Saúde (e posteriormente no Ministério da Saúde), era da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, que já trabalhava há anos com a Hanseníase e, portanto, tinha longa experiência na luta contra o estigma e discriminação. Por esse motivo, desde o princípio,

membros de grupos sociais organizados foram convidados pela coordenação dos programas de aids para contribuir na construção das políticas públicas (TEIXEIRA PR, 1997).

Contudo, a principal razão para a adoção de princípios programáticos de ordem mais progressista nos programas de aids do Brasil, que tornaram sua resposta diferenciada, com aspectos como a integração entre ações de prevenção e assistência e o acesso universal à atenção integral à saúde, está relacionada principalmente ao contexto histórico e político do país na época do surgimento da epidemia. Nesse momento, a nação vivia um período de redemocratização pós-ditadura, um momento de fortalecimento dos movimentos sociais, de descentralização do poder, de revalorização da cidadania e participação social, tendo como norte a reconstrução uma sociedade mais democrática.

A prevenção orbitou nesta época, sobretudo em torno da noção de *grupos de risco* (construída a partir de associações estatisticamente significantes com os grupos que estavam sendo mais atingidos), em torno da abstinência sexual, do não doar sangue e do não usar drogas. As ações de prevenção mais relevantes se concentraram no oferecimento de algumas informações pontuais e isoladas sobre formas de infecção e prevenção, tanto nos meios de comunicação de massa, como através do Disque aids (criado em 1984 em São Paulo).

O período entre 1986 a 1989, também denominado de *Período de Mobilização Centralizada*, foi uma época marcada principalmente pelo clima de reforma e reconstrução nacional, inclusive do sistema público de saúde (movimento de reforma sanitária), quando mudanças significativas e abrangentes na percepção social da saúde e das políticas a ela relacionadas tiveram lugar (especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde - 1986), como por exemplo: a saúde vista como relacionada às diferentes condições sociais de existência, e compreendida como um direito social e um dever de estado. Muitos técnicos e gestores envolvidos no movimento de reforma sanitária também participaram da construção da política de aids no Brasil, tanto no nível estadual e municipal, como federal. (PARKER, 2003).

Em 1986, baseado no referencial ético, político e conceitual dos programas de aids já existentes, é organizado e formalizado o Programa Nacional de Aids. Já a partir desse momento as estratégias caracterizam-se pela tentativa de envolvimento e articulação de vários setores sociais em torno da questão da aids, com a criação da Comissão Nacional de Aids (incluindo representantes de diferentes ministérios, de ONGs, de universidades e de

estados da federação). O Programa Nacional de Aids ao se consolidar, é fortalecido por projetos de cooperação técnica e financeira com agências internacionais e começa a atuar de forma mais centralizada, estabelecendo normas e diretrizes para as ações nos estados e municípios, buscando o fortalecimento do caráter técnico destas ações.

Dentro desta perspectiva, inicia-se em 1988 um processo rigoroso de controle dos bancos de sangue e, por meio da lei 7.649 de 25/01/1988, torna-se obrigatória a triagem sorológica para o HIV nos bancos de sangue de todo o país.

Vale lembrar que até 1990 a prevenção estava principalmente focada na formação de profissionais de saúde para atuação nos serviços, no esclarecimento da população sobre a epidemia (sobre o vírus, formas de infecção e prevenção) e em ações com alguns grupos específicos (travestis, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). Tais ações eram pautadas principalmente pelo fornecimento de informações para mudança de comportamento individual, pois os focos das ações neste momento começam a ser o *comportamento de risco* e as *situações de risco*. As campanhas realizadas neste período enfocavam a não discriminação e o combate ao preconceito, defendendo os direitos dos afetados.

Em 1988, na mesma época da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), o aconselhamento como estratégia e política pública começou a ser implantado no Brasil, quando foi criado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), no Rio Grande do Sul. Estes serviços, que aos poucos foram se organizando em outras regiões, vieram responder a várias necessidades, tais como: identificar o mais precocemente possível as pessoas infectadas; propiciar um espaço para acessar precocemente os parceiros das pessoas infectadas (para quebra da cadeia epidemiológica); disseminar informações corretas e verdadeiras com relação à infecção; discutir e promover a adoção de práticas e atitudes mais seguras pela população; promover encaminhamento adequado às demandas dos soropositivos; dar um suporte emocional aos pacientes soropositivos, para estes saberem como lidar com sua nova condição e com o tratamento.

Por este motivo, os Centros de Orientação e Apoio Sorológicos (COAS) posteriormente chamados de Centros de Testagem Anônimo (CTA), facilitavam o acesso à testagem anti-HIV de forma sigilosa e orientada. O *aconselhamento*, individual ou coletivo, era uma de suas estratégias centrais para ensinar as formas de infecção e prevenção,

identificar os principais riscos corridos pelos indivíduos prepará-los para a execução do teste e orientá-los quanto ao resultado. Vale assinalar que, tanto este tipo de serviço (de caráter diagnóstico e preventivo), como este tipo de práticas de atendimento (o aconselhamento), não eram comuns na rede pública de saúde, o que exigia uma formação cuidadosa e específica.

Os treinamentos para os COAS tiveram início em 1987, mas somente em 1989 é que foram publicados os primeiros manuais: o “Manual de Aconselhamento/AIDS” (Brasil, 1989) e o “Treinamento em Aconselhamento/AIDS: Guia dos Multiplicadores” (Brasil 1989) ⁽⁵⁾. Ambos foram quase uma tradução literal do “Training Workshop on Psychosocial Counselling for Persons with HIV Infection, AIDS and Related Diseases”- OMS - Programme Global of AIDS (1988) (ARAÚJO; CAMARGO JR, 2004). Estes manuais estavam preocupados em esclarecer, detalhar, sintetizar e uniformizar as informações disponíveis na época sobre formas de infecção, prevenção e sobre diferentes aspectos da aids, além de melhor estruturar o atendimento dado ao portador e aos indivíduos em risco.

Desta forma, a proposta de aconselhamento estava focada no *repassé de informações*, visando esclarecimento e mudança de comportamento. O modelo teórico deste manual se aproximava mais do modelo cognitivo-comportamental, que pretendia promover uma adaptação racional das atitudes dos indivíduos às situações consideradas mais seguras.

O período entre 1990 e 1991 (época do Governo Collor), tem sido identificado como *Período de Retrocesso*, pois, durante esta fase, o Programa Nacional de Aids muda de direção. A articulação com estados e municípios se fragiliza, boa parte das ações e projetos iniciados na fase anterior são descontinuados e os contratos com as agências internacionais são suspensos. Durante essa época, o processo de implantação dos COAS é interrompido e é retomado somente em 1992. Vale ressaltar que entre 1987 e 1997 (ou seja, durante 10 anos), não foi publicado mais nenhum outro manual específico de aconselhamento (ARAÚJO; CAMARGO JR, 2004)

Entre 1992 e 1998, período que pode ser denominado como período de *Reestruturação e Reorganização das Ações*, com a mudança da Coordenação Nacional de Aids e a assinatura do acordo de empréstimo com o Banco Mundial (1993), delineia-se um esforço combinado e um espírito de colaboração e construção coletiva aonde vários atores sociais contribuem para o desenho do Projeto Aids I. Este foi o maior projeto de controle da

aids desenvolvido até então em países em desenvolvimento, implicando em uma importante contrapartida nacional para o controle da epidemia. Foram 250 milhões para 3 anos de trabalho (160 milhões do Banco Mundial e 90 milhões do Tesouro Nacional) (PARKER, 2003). Destes recursos financeiros, 41,08% foram destinados a ações de prevenção. Dentro do componente Prevenção, 36% foi destinado a ações de aconselhamento e testagem (o maior valor dentro deste componente).

Em 1993, com a retomada da implantação dos COAS, foram publicadas as “Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico” (Brasil, 1993) ⁽⁶¹⁾. Neste manual, o aconselhamento, juntamente com as práticas de educação para a saúde, eram vistos como estratégias para a *modificação dos comportamentos de risco*. No entanto, não ficam claras neste material, quais são as diferenças e semelhanças entre o aconselhamento e as práticas educativas e o quanto estas duas são diferenciadas. Neste manual, *os conteúdos* que deveriam fazer parte do aconselhamento foram o foco da discussão, não a abordagem, a técnica do aconselhamento.

Em 1994, aconteceu o I Encontro Nacional de Avaliação dos COAS e, entre os problemas identificados, destacam-se: o desgaste dos profissionais na entrega dos resultados, a falta de acompanhamento dos usuários e a visão de que a rotina do aconselhamento pré-teste era muito repetitiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Esta última dificuldade já ilustrava o quanto o aconselhamento era executado de uma forma normativa e rígida, passando para quase todas as pessoas as mesmas informações e, por isso, tornando-se repetitivo, sem sentido e cansativo. Além disso, já se discutia neste encontro a dificuldade que se encontrava para avaliar a atividade do aconselhamento, dada a falta de informação dos profissionais sobre avaliação, a heterogeneidade da população, a falta de dados sistematizados sobre a execução desta prática e o número grande de variáveis implicadas na situação (diferentes percepções de risco, diferentes fatores de risco).

Em 1996, além do II Encontro Nacional de Avaliação dos COAS de referência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996a), foi realizado um estudo de avaliação dos COAS da macro região nordeste (9 estados) e um Seminário sobre Aconselhamento com especialistas e técnicos de diferentes áreas (educação, psicanálise, psicologia, etc). Este último tinha como objetivo, discutir e uniformizar o conceito e as diretrizes sobre o aconselhamento em

DST/aids no Brasil, garantindo uma maior unicidade metodológica que favorecesse o monitoramento e a avaliação.

Neste seminário, além de se definir que o aconselhamento é uma estratégia de prevenção diferente das práticas educativas em geral, pois é uma relação de ajuda que também abarca o *manejo de aspectos afetivo-emocionais*, propõe-se que esta atividade seja acompanhada e monitorada por um profissional de saúde mental. Contudo, se adverte para a não “*psicologização*” desta prática, pois ela não é a mesma coisa que uma psicoterapia. Apesar disso, não se discute nem se aprofunda quais são os limites e diferenças de cada uma destas práticas dentro do campo da aids (ARAÚJO; CAMARGO JR, 2004). Esta discussão já ilustra a falta de clareza, de precisão, de especificidade e de discriminação na definição do território que abarca o conceito de aconselhamento em DST/aids e suas técnicas.

Em 1997 foi publicado o Manual “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos” que foi reeditado algumas vezes e é o principal manual de consulta sobre o tema no Brasil até os dias de hoje (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Neste manual, que foi baseado principalmente no manual do CDC de 1993, os autores parecem se basear, ainda que de forma muito discreta, na Abordagem Centrada na Pessoa (abordagem rogeriana), apesar dos autores também relatarem ter tido influência da psicanálise na criação deste material (ARAÚJO; CAMARGO JR, 2004). Este material é acompanhado do “Manual de Treinamento em Aconselhamento em DST/HIV/AIDS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), e em nenhum dos dois fica também explicitada e discutida a concepção pedagógica utilizada.

Vale notar também que, a partir de 1994, começa a ser incorporada nos programas estaduais, municipais e no Programa Nacional de Aids, o referencial de *vulnerabilidade*, que funciona como uma ferramenta para a ampliação do horizonte de análise tanto das suscetibilidades como das condições de resposta que diferentes indivíduos ou grupos sociais têm em relação à infecção pelo HIV/aids, levando em consideração a influência de elementos de ordem individual, social e estrutural.

Nessa época, a prevenção passa a ser focada essencialmente no desenvolvimento e implantação de modelos de prevenção voltados às características sócio-culturais de cada segmento populacional (a partir da análise de sua vulnerabilidade individual, social e programática), e na articulação intersetorial para o desenvolvimento destas ações.

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

O período entre 1999 e 2002, que pode ser denominado como período de *Descentralização Parcial das Ações*, é o momento de execução do segundo acordo de empréstimo com o Banco Mundial (o Projeto Aids II), envolvendo 300 milhões de reais. Este período é marcado pela ampliação e fortalecimento das ações nos estados e municípios, pela busca de melhoria na qualidade do atendimento oferecido e investimento em ações de adesão ao tratamento, por uma articulação dos programas de DST/aids com a rede básica de saúde, pelo incremento de parcerias intersetoriais e interinstitucionais e pela tentativa de sustentação da política nacional de medicamentos anti-retrovirais.

Até este momento, mesmo com a existência de alguns manuais de referência para aconselhamento e mesmo com o investimento em capacitações descentralizadas para a implantação desta prática nos serviços, a publicação em 1999 da “Avaliação das Ações de Aconselhamento em DST/AIDS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999), que foi realizada em 1997 em 10 serviços espalhados pelo Brasil, mostrou o quanto o aconselhamento ainda era compreendido como repasse de informações, o quanto faltava monitoramento e capacitação continuada e o quanto os técnicos tinham dificuldade em fazer uma avaliação de risco particularizada, escutar com cuidado as demandas e necessidades do usuário e superar posturas rígidas e normativas.

Aos poucos, o aconselhamento tornou-se uma prática importante também no atendimento aos *portadores* de DST e aids, objetivando também evitar a reinfecção dos pacientes, a desconstrução de estigmas e preconceitos que provocavam o isolamento e exclusão social, o aumento da percepção de riscos, da responsabilidade do paciente pelo tratamento e a percepção das possibilidades reais de enfrentamento e proteção.

O último período, que se estende de 2003 até os dias atuais, e que pode ser visto como o *Período de Sustentabilidade da Política de DST/Aids Pós Convênio*, caracteriza-se em primeiro lugar, pela importante mudança na forma de financiamento das ações de aids e de outras DST, com a instituição da política de transferência de recursos do governo federal

para Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio da modalidade de financiamento fundo a fundo, que transfere recursos do fundo Nacional de Saúde para os 27 fundos estaduais e 393 fundos municipais em localidades epidemiologicamente estratégicas para o controle das DST/HIV/aids (portaria N ° 2313 e 2314 - 19 e 20 dez, 2002). Este momento tem tido como foco a busca de qualificação da gestão e da gerência das ações de DST/aids no âmbito do SUS (buscando sustentabilidade técnica, política e financeira) e a ampliação de serviços ofertados (TEIXEIRA PR, 1997).

Nesse sentido, para além dos serviços de DST/aids, em função da necessidade de ampliação do acesso da população ao diagnóstico precoce do HIV e outras DST, de implantação de ações de prevenção, vigilância e assistência às DST na rede pública de saúde de forma mais generalizada e, por fim, de integração dos serviços de DST/aids com os outros programas (saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde da família, etc), cada vez mais a prática do aconselhamento foi sendo incorporada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos diferentes espaços dos serviços. A estratégia de aconselhamento em HIV/aids foi estendida como uma ação para a rede básica de saúde, principalmente no atendimento ao pré-natal, no qual se começou a oferecer o teste anti-HIV, no atendimento da gestante soropositiva, no aconselhamento relativo à alimentação de crianças filhas de mães soropositivas, nas atividades de contracepção da unidade básica e em outras oportunidades identificadas pela unidade para se fazer prevenção.

Em 2004 foi publicada uma cartilha denominada “Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”, e em 2005 foi publicado um material para capacitação dos profissionais de saúde da rede básica na ação do aconselhamento: “Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica”. Estes dois materiais basearam-se na concepção de aconselhamento do manual: “Aconselhamento em DST/HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos” elaborado em 1997 (e reeditado várias vezes).

5.3. Principais problemas e desafios para a prática do aconselhamento em DST/aids

Levando em consideração que esta é uma das mais importantes estratégias de prevenção primária e secundária desenvolvida pelos Programas de DST/aids ao redor do mundo, que é um dos programas preventivos que mais mobilizou recursos e investimentos financeiros de diferentes governos para sua implementação e considerando sua complexidade e a variedade de profissionais envolvidos, tornou-se de fundamental importância avaliar sua *eficácia* e *efetividade* em alcançar os objetivos a que se propõe, além de identificar e sugerir soluções para os principais problemas, limitações e fragilidades que ainda fazem parte do exercício desta prática.

Há um gradual acúmulo de evidências em diferentes estudos de que o aconselhamento pode contribuir para: aumentar o uso do preservativo, capacitar os soropositivos a usarem o suporte social existente, fortalecê-los para enfrentar de maneira mais construtiva suas dificuldades e revelarem com mais facilidade seu diagnóstico para pessoas de confiança e ainda ajudar os infectados a obterem um maior apoio de familiares e amigos (MEURSING; SIBINDI, 2000). Contudo, os estudos sobre o impacto e a eficácia do aconselhamento na redução de comportamentos de risco ainda são, de forma geral, bastante *inconclusivos* e têm resultados bastante variados, principalmente entre as diferentes populações estudadas (COHEN, 1994; GRINSTEAD, 1997; HIGGINS; GALAVOTTI; O'REILLY; et.al, 2000; WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et.al, 1999; WOLITSKI; MACGOWAN; HIGGINS; et.al, 1997).

Diversos estudos que observaram os efeitos do aconselhamento no comportamento sexual de diferentes grupos – entre eles um estudo americano feito em 1999, que fez uma análise de todas as pesquisas de 1985 a 1997 – revelaram que pacientes soropositivos e casais sorodiscordantes em geral, que participaram de ações de aconselhamento, reduziram a prática de sexo desprotegido em maior proporção do que pacientes soronegativos ou indivíduos que desconheciam seu estado sorológico, que também participaram deste tipo de intervenção (WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et.al, 1999). Desta forma, o aconselhamento demonstrou ter um efeito maior como prática de *prevenção secundária* do que como prevenção primária. Contudo, além de avaliar as diferenças metodológicas e operacionais existentes em cada um dos estudos envolvidos nesta metanálise, vale a pena questionar-se o quanto esta aparente inabilidade do aconselhamento em ser efetivo com indivíduos

soronegativos está expressando não um rendimento diferenciado em função do perfil do grupo, mas apontando inadequações na forma, qualidade e profundidade com que este aconselhamento é realizado em entrevistas pós-teste com indivíduos soronegativos, situação normalmente menos valorizada na rotina dos serviços.

Este questionamento parece se acentuar, quando observamos o resultado de um outro estudo, que mostrou que pacientes com DST testados com resultados negativos para o HIV apresentaram comportamento de risco para adquirir uma nova DST duas vezes maior do que antes da testagem e aconselhamento (ZENILMAN; ERICKSON; FOX; et. al.,1992). Este estudo sugere ser necessário melhorar o aconselhamento oferecido aos soronegativos, pois pessoas que adotam comportamento de risco e que ficam sabendo que são soronegativas podem ter a crença reforçada de que seus comportamentos não oferecem risco.

Também vale a pena se questionar o quanto o efeito positivo de mudança de comportamento não está mais relacionado ao próprio efeito de se saber soropositivo, independente do aconselhamento oferecido. Esta tese é reforçada por outros estudos, que mostram que o conhecimento do status positivo por si só, mesmo quando não há aconselhamento, pode ser um fator importante tanto para a adoção de práticas sexuais seguras em relação ao HIV/DST, como para outros tipos de atitudes de auto-cuidado, e inclusive para a percepção da *necessidade de aconselhamento* e interesse em vivenciá-lo (AMARO; MORRILL; DAI, 2005).

Pesquisas feitas com UDI (usuários de drogas injetáveis), mostraram que, em geral, o aconselhamento foi mais efetivo para a troca de seringas e agulhas do que para introdução de comportamentos sexuais seguros (WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et.al, 1999). Vale a pena se perguntar, contudo, o quanto, no aconselhamento realizado com esta população, tem-se abordado e discutido as práticas sexuais de risco e como isto tem sido feito.

Alguns estudos apontam que um maior número de sessões, tem maior efeito na redução de comportamento de risco e que uma sessão não é suficiente para mudar comportamento (WOLITSKI; MACGOWAN; HIGGINS; et.al, 1997). Estudos evidenciam também que pessoas que receberam mais sessões de aconselhamento focado em *aspectos pessoais e individuais* da situação, ainda que de forma breve, tiveram maior chance de mudança de comportamento do que pessoas que receberam apenas um breve tempo de repasse de informações (KAMB; DILLON; FISHBEIN; et al., 1996).

Além disso, já está reconhecido que a expectativa de provocar mudança de atitude e de comportamento após um único episódio de aconselhamento é irreal, ingênua e inconsistente com as teorias científicas de mudança de comportamento (VALDISSERI, 1997). Dessa forma, pode-se perceber que, se o aconselhamento que é realizado hoje nos serviços estivesse bem fundamentado nos estudos e referências teóricas, talvez algumas mudanças estruturais na forma como ele é organizado e oferecido tivessem que ser implementadas. No entanto, os dados referentes a *qual o melhor* tempo, duração e formato das sessões, ainda não são conclusivos.

Apesar de haver pouca publicação sobre a satisfação dos pacientes com o aconselhamento, alguns poucos estudos mostram que um maior tempo de aconselhamento e uma maior quantidade de sessões, também estão associados a uma maior satisfação. Vale questionar-se, contudo se esta satisfação esta associada ao tempo e quantidade de sessões, ou à qualidade do vínculo estabelecido e a resolutividade e consistência das sessões oferecidas (SPIELBERG; KURTH; PAMINA; et al, 2001).

Algumas pesquisas ainda mostram, que indivíduos que participaram do aconselhamento voluntariamente (que buscaram este serviço) reduziram mais o comportamento de risco do que aqueles a quem foi oferecido o teste com o aconselhamento. Isto revela o quanto *o envolvimento e a participação consciente* dos indivíduos neste processo é fundamental pra sua eficácia.⁽³⁸⁾ Do mesmo modo, ações para redução de risco que *estão baseadas em teorias* psico-sociais de mudança de comportamento e em teorias de personalidade têm demonstrado uma significativa redução nos comportamentos de maior risco (GRINSTEAD, 1997).

Os estudos revisados, contudo, têm muitas limitações que devem ser levadas em consideração quando se pretende tirar conclusões sobre a *eficácia do aconselhamento*. Muitos foram conduzidos com populações específicas, e seus resultados não podem ser ampliados para a população em geral. Alguns estudos têm amostras pequenas e alguns tipos de mudança (como mudança de intenção, que é uma fase de modelos teóricos de mudança de comportamento) podem não ter sido observadas. Além do mais, a maioria das investigações não provê informação sobre o formato, duração e características do aconselhamento e sem estas informações torna-se difícil avaliar a eficácia desta atividade.

Dessa forma, temos poucos estudos e poucos materiais que nos auxiliam a entender, dentro do campo da aids, quais são exatamente as *características e as especificidades* de um aconselhamento considerado eficaz, que atinge os objetivos propostos, mais efetivo, ou seja, que produz efeitos positivos, benefícios e resultados esperados nas situações reais em que é aplicado, de maior qualidade, mais consistente e que provoque um impacto positivo na vida do paciente. (SILVA; FORMIGLI, 1994; MARINHO; FAÇANHA, 2001; COSTA; CASTANHAR, 2003).

Seria necessário especificarmos em que consistiria tal impacto, tal efeito e tal resultado, e relacioná-lo com os objetivos propostos na ação de aconselhamento em DST/aids (que variarão sempre em função da população, do momento e do contexto em que é aplicado), e com o formato e as características de sua execução.

Se entendermos o aconselhamento como um processo interativo com uma intencionalidade, que pretende produzir algum tipo de mudança no indivíduo que a recebe e que participa dela, há que se pensar que tipo de mudança é esperada e é considerada satisfatória e adequada para se caracterizar a eficácia e efetividade do aconselhamento (PATTERSON; EISENBERG, 2003). É necessário, por exemplo, sempre haver uma *mudança visível*, tal como, uma mudança de comportamento (o que alguns estudos parecem indicar)? Ou outros tipos de mudança são igualmente relevantes (mudanças de percepção sobre si e sobre o mundo, de postura em relação a aspectos específicos da vida, de nível de conhecimento em relação a um assunto, ou aquisição de habilidades específicas)?

Cabe lembrar que mesmo as mudanças de comportamento, serão sempre mudanças referidas pelos pacientes, uma vez que elas dizem respeito a atitudes e vivências da vida privada e do cotidiano das pessoas envolvidas e, portanto, sujeita a interpretações e percepções subjetivas, além de serem sempre mudanças dinâmicas e não estáticas, pois estão em constante interação com os diferentes aspectos da vida do indivíduo.

Além disso, mesmo que o aconselhamento vise uma mudança de comportamento específica e determinada, é necessário se perguntar como é possível determinar, avaliar e indicar qual deve ser *a melhor comportamento* para o outro em uma dada situação, dado que a adoção de um comportamento envolve tanto uma escolha moral, associada à vontade individual e historicamente determinada, como também envolve as condições sócio-

estruturais e culturais que motivam, facilitam, dificultam ou impedem a possibilidade de tal escolha ser realizada.

Isto nos aponta para a existência de uma primeira dificuldade na avaliação da eficácia do aconselhamento, uma vez que para avaliar esta eficácia é necessário discriminar e clarificar inicialmente os objetivos específicos para esta ação; objetivos, entretanto, que não deveriam ser totalmente pré-determinados, únicos e fechados já que esta ação pretende envolver a participação consciente dos indivíduos implicados, mas que devem ser construídos e acordados conjuntamente.

Além dos estudos que discutem a eficácia do aconselhamento para mudar comportamentos de risco e favorecer a adoção de atitudes mais seguras, diversos materiais apontam outras dificuldades, fragilidades, inconsistências e limites referentes à própria prática e estrutura do aconselhamento em DST/aids, que de forma direta ou indireta, também têm influência sobre esta eficácia. Com isso, fornecem um amplo repertório de temáticas, questões e assuntos relevantes para uma agenda de pesquisa mais aprofundada sobre o aconselhamento (IRWIN; VALDISSERI; HOLMBERG, 1996; GRINSTEAD, 1997; BEMAK; HANNA, 1998; KASSLER, 1997; HOLTGRAVE; REISER; FRANCEISCO, 1997; FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999; MINAYO; SOUZA; ASSIS; et al., 1999; MOLITOR; BELL; TRUAX; et al., 1999; WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et.al., 1999; UNAIDS, 2001;MYERS; WORTHINGTON; HAUBRICH; et al., 2003).

Vários são os problemas e desafios que ainda temos para qualificar e aprimorar a atividade de aconselhamento e muitos são os fatores que determinam como esta prática é operacionalizada nos diversos serviços, assim como seus resultados. Para um melhor entendimento desta realidade, podemos classificar estes fatores em seis grandes categorias, que estão absolutamente imbricadas e associadas entre si, se influenciado mutuamente:

- 1) Aspectos relacionados à compreensão/formação dos técnicos em relação ao aconselhamento;
- 2) Aspectos relacionados à estrutura/organização das práticas;
- 3) Aspectos relacionados ao contexto epidemiológico e macro social;
- 4) Aspectos relacionados à pessoa do aconselhador e às características do vínculo e da comunicação estabelecida;

- 5) Aspectos relacionados às características cognitivas, afetivas e sócio-culturais dos indivíduos que são alvo da ação de aconselhamento;
- 6) Aspectos relacionados à formulação e fundamentação teórica desta prática.

Um primeiro aspecto a ser analisado, que é de fundamental importância para o êxito, consistência e qualidade desta intervenção, e que concentra uma dose significativa de limitações e fragilidades do aconselhamento em DST/aids, está relacionado com as *diferentes concepções e formações* que os profissionais de distintas categorias e de variados serviços têm em relação ao aconselhamento.

Desde o início de sua implantação nos diferentes países, o aconselhamento em DST/aids foi concebido como uma prática a ser executada por qualquer profissional de saúde, qualquer membro da comunidade ou de organizações civis, desde que estes fossem capacitados para isso. Contudo, como as características do aconselhamento em DST/aids, seus objetivos, seu formato e seu conteúdo não são ensinados em seus específicos aspectos em nenhum curso de formação superior/ou profissionalizante, seus contornos têm de ser aprendidos no processo de formação e supervisão dos aconselhadores. Seu desempenho adequado depende inteiramente da acertada compreensão de suas metas e objetivos, de onde esta ação está fundamentada, das condições necessárias para seu desenvolvimento, da importância e relevância dada a ele, do entendimento de seu funcionamento, da clareza sobre conteúdos a serem abordados, bem como do desenvolvimento de algumas habilidades.

Apesar desta prática ser proposta como uma atividade a ser feita por “qualquer profissional capacitado”, o aconselhamento enquanto processo de atendimento tem sua *especificidade e sua origem teórica*. Ele concentra, como vimos, conteúdos e conceitos tanto da psicologia clínica e social, como da educação. Assim, o bom desempenho desta prática requer a aproximação e a reflexão sobre alguns conhecimentos específicos associados a estas áreas, que normalmente não são focados nos cursos de capacitação, que só fornecem os objetivos gerais, determinados princípios, algumas técnicas e conteúdos; descoladas de concepções teóricas que os fundamentam.

Mesmo dentro dos cursos de formação em psicologia no Brasil, o aconselhamento enquanto prática de atendimento é muito pouco explorada (apenas dentro dos estudos da abordagem rogeriana), pois o aconselhamento enquanto atividade profissional está fundamentado em uma visão e em um tipo de prática de psicologia e de educação norte -

americanas, e, portanto bem pouco estudadas e desenvolvidas no Brasil, que tem, por sua vez, uma influência muito maior da psicologia européia (francesa, alemã, suíça, inglesa) e da América Latina, principalmente da Argentina.

Assim, o aconselhamento, como um *conceito importado* dos EUA, e importado de uma maneira já reduzida, simplificada e formatada, acaba por ser introduzido nas práticas de saúde sem a incorporação de seu marco conceitual, de sua origem, de sua formulação e fundamentação teórica, ou seja, sem que se pergunte: O que é isso? Para que e em que contexto foi criado? Pretende responder a que demandas? Quais suas especificidades? Existem teorias que o embasam? Que conceitos ele contém? O que é necessário saber para sua execução? Que habilidades são necessárias para seu desenvolvimento? Existe somente uma abordagem e concepção de aconselhamento ou existem várias? Quais são suas diferenças? Que visões de mundo e concepções sobre o ser humano estas abordagens encerram? Qual é o alcance desta atividade e seus limites? O que posso e o que não posso fazer ao executar essa atividade?

Esta discussão se faz necessária e até mesmo imprescindível, por que alguns estudos revelam que existe, tanto entre gestores como entre coordenadores de programas e técnicos de serviços, uma tendência a desvalorizar a complexidade, ignorar a especificidade e desconsiderar a riqueza e o alcance que este encontro interpessoal pode realizar (MEURSING, SIBINDI, 2000).

Assim sendo, banaliza-se esta atividade, como uma ação que “qualquer pessoa, como o mínimo de compreensão sobre os objetivos propostos, um pouco de bom senso, e com um rápido treinamento pode realizar”; e não se discute quais conhecimentos são necessários para que os aconselhadores consigam: promover reais mudanças de comportamento, manejar situações de crise, identificar bloqueios afetivos/cognitivos e manejá-los de forma consistente, fornecer suporte psico-social, ou promover uma ação educativa de forma crítica e contextualizada, ou seja, uma ação educativa que não equivalha a um repasse acrítico de informações.

Podemos dizer que, em geral, as orientações dadas aos futuros aconselhadores, nos manuais, documentos e treinamentos em DST/aids, são normalmente muito genéricas e superficiais. Isto porque muitos dos conceitos encerrados nos princípios e objetivos do aconselhamento, em si mesmos, já são muito amplos, vagos, complexos, e abrem margem

para várias interpretações. Por exemplo: O que significa dar apoio emocional? E apoio educativo, o que é isso exatamente? O que é ter uma atitude de escuta ativa? Ou o que significa ter empatia? O que se deve fazer para estabelecer uma relação de confiança com o outro em tão pouco tempo? Como reduzir o nível de estresse de um paciente? Como propiciar um ambiente que possa ser facilitador para a educação preventiva? O que é exatamente uma educação para a prevenção?

Existem muitos temas que merecem uma reflexão mais aprofundada para quem pretende trabalhar de forma conseqüente com o aconselhamento, buscando contribuir para mudanças de atitude, para maior autoconscientização do indivíduo sobre sua própria realidade, desenvolvimento de uma relação que promova crescimento, educar para a autonomia do sujeito, promover atitudes preventivas. São eles: especificidades e características do aconselhamento enquanto prática; diferenças entre o aconselhamento e a ação educativa; teorias e estratégias sobre mudança de comportamento; os conceitos de prevenção e de promoção de saúde; processo saúde-doença; exclusão social e cidadania; vulnerabilidade; aspectos éticos e psico-sociais de uma relação de ajuda; o trabalho em equipe multiprofissional; a identificação e manejo de reações emocionais; entre outros.

Esta falta de uma fundamentação teórica e discussão conceitual mais consistente e organizada, ainda que não única (pois existem várias formas de se enxergar estes conteúdos), torna muitas vezes a execução desta atividade bastante dependente da formação anterior de cada aconselhador, de seu interesse e curiosidade intelectual e da sistematização que consegue fazer de sua prática.

Determinados estudos mostram que as ações de aconselhamento, nas diferentes situações em que ele é oferecido, variam significativamente, tanto em seu formato e conteúdo como em seus objetivos (GRINSTEAD, 1997; HOLTGRAVE; REISER; FRANCEISCO, 1997; UNAIDS/WHO, 2000; CDC, 2001; CASTRUCCI; KAMB; HUNT, 2002).

Alguns podem interpretar que o aconselhamento é um espaço para se *convencer* o outro do que é importante ser feito; outros podem considerar que é um espaço para apenas *informar* e mostrar as conseqüências de aderir ou não a determinadas sugestões; outros podem achar que é um *espaço livre* para que o cliente coloque suas dúvidas e preocupações e, a partir de uma reflexão mais cuidadosa, decida o que fazer. Esta variedade de concepções

sobre o que venha a ser o aconselhamento compromete a uniformidade das ações e a avaliação que pode ser realizada sobre a eficácia deste processo.

Uma pesquisa feita no Brasil com a intenção de avaliar a atuação dos diferentes CTAs da região nordeste, revelou que o conhecimento que os técnicos dispunham acerca do aconselhamento era apenas *intuitivo e empírico*, pouco fundamentado, tanto em termos de dados e informações organizadas, como de estudos e outros materiais teóricos (MINAYO; SOUZA; ASSIS, 1999).

Com relação à formação dos profissionais para o aconselhamento, várias pesquisas apontam que a capacitação para esta atividade deve abordar tanto aspectos teóricos do comportamento humano, da prática do aconselhamento e do processo de ensino-aprendizagem, como garantir momentos práticos de atuação, com supervisão e discussão de casos e situações difíceis. Por isso, esta formação deve ser processual e permanente, e nunca pontual (CABRAL; GALAVOTTI; GARGIULLO; et.al., 1996; DOLCINI; CANIN; GANDELMAN; et.al., 2004). Tais estudos também indicam, que materiais didáticos bem estruturados e claros, que forneçam subsídios e fundamentos para estas questões teóricas, devem ser formulados e utilizados, pois podem ser muito efetivos, inclusive para ensinar pessoas da comunidade a trabalharem com o aconselhamento.

Não obstante, um importante desafio que as pesquisas também assinalam é a elaboração de processos de capacitação que garantam uma formação consistente e um embasamento teórico nas diferentes áreas já discutidas, e que, ao mesmo tempo, não sejam pesados demais e densos demais (pois não é possível aprender de forma profunda nenhuma linha teórica em uma capacitação). É necessário também que os processos formativos ajudem os indivíduos a traduzirem as teorias na prática (DOLCINI; CANIN; GANDELMAN; et.al., 2004).

Como existem várias concepções teóricas sobre as áreas que são de interesse para o universo da aids e do aconselhamento, e como a maioria dos manuais e materiais sobre o aconselhamento também se fundamentam em mais de uma abordagem teórica, torna-se um desafio construir um processo de capacitação que não seja apenas uma sobreposição e um ajuntamento conceitual de forma fragmentada e desconexa. Dessa forma, alguns estudos propuseram o desenvolvimento de uma metodologia para esta formação teórica, discutindo como trabalhar com conteúdos complexos e como garantir que sejam sempre aproveitados

as experiências e os saberes intuitivos e pré-existentes dos alunos (CABRAL; GALAVOTTI; GARGIULLO; et.al., 1996; DOLCINI; CANIN; GANDELMAN; et.al., 2004).

Um segundo aspecto a ser analisado, que está diretamente relacionado aos problemas já comentados, é a *estruturação e a organização das práticas do aconselhamento*, ou seja, seu formato e estrutura, e como ele é efetivamente realizado.

A primeira questão a ser ponderada, nesse sentido, é o quanto o aconselhamento realizado segue as recomendações, princípios e objetivos propostos nos manuais nacionais e internacionais. Uma análise feita pelo CDC sobre os serviços que realizavam aconselhamento nos EUA, revelou que a atividade freqüentemente não seguia as recomendações propostas nos manuais e que a política relativa ao aconselhamento não havia sido implantada como previsto. Estes estudos revelaram que o formato do aconselhamento variava expressivamente, desde um trabalho de educação mais intenso, demorado e aprofundado, até o oferecimento de orientações mínimas, de forma rígida e pré-determinada. Muitas abordagens eram superficiais e inapropriadas, distantes, inclusive, das recomendações sugeridas (CDC, 2001; CASTRUCCI; KAMB; HUNT, 2002).

No Brasil, em 1997, a Coordenação Nacional de DST/AIDS realizou uma pesquisa com abordagem qualitativa, com os seguintes objetivos: avaliar como os diferentes objetivos propostos pelo aconselhamento estavam sendo abordados na prática, analisar a adequação da atividade do aconselhamento em relação às diretrizes preconizadas pela Coordenação Nacional, analisar a percepção dos atores envolvidos no aconselhamento (profissionais e usuários), analisar as condições institucionais de trabalho e sugerir redirecionamentos e ajustes necessários (FILGUEIRAS; DESLANDES, 1999).

Esta pesquisa, que aconteceu quando muitos serviços de DST/aids estavam iniciando a implantação do aconselhamento, mostrou dificuldades importantes dos profissionais na condução do aconselhamento: 1) grande preocupação com o tempo, dificultando uma postura de escuta ativa; 2) preocupação em cumprir um roteiro proposto pela Coordenação ou pelo serviço, dificultando um olhar mais atento sobre as demandas e preocupações do usuário; 3) medo e dificuldade em abordar temas polêmicos (sensação de despreparo); 4) repetição de preceitos de prevenção de forma normativa e às vezes autoritária; 5) dificuldade em trabalhar os sentimentos e angústias colocadas pelos usuários, entre outros.

Esta situação, bem com a avaliação do CDC, nos remete a uma reflexão acerca do tipo de apropriação que os profissionais de saúde conseguiram fazer das diretrizes e recomendações indicadas sobre o aconselhamento, acerca tipo de formação até hoje oferecida e suas fragilidades, e acerca das oportunidades que os mesmo tiveram de aprofundar e discutir de forma continuada as inúmeras dificuldades encontradas na prática.

Num primeiro momento, seria lógico pensar, que as ações realizadas a partir de uma determinada abordagem teórica, para terem consistência e para poderem ser avaliadas, deveriam manter invariavelmente, alguma semelhança entre si, mesmo se conduzidas por conselheiros diferentes em lugares distintos. Para isso, alguns autores sugerem que sejam elaborados manuais que possam *descrever detalhadamente* a atuação do aconselhador (KAMB; DILLON; FISHBEIN; et.al., 1996).

No entanto, a rigidez na aplicação do modelo teórico e um enfoque no detalhamento técnico do “como fazer”, e “o que abordar”, (esquecendo-se do “em nome de que” e principalmente “para quem” esta ação existe), por seu lado, pode engessar e limitar a sensibilidade, a criatividade e uma atuação mais humana e mais compreensiva por parte do aconselhador, moldada não pela técnica, mas por uma escuta qualificada e sensível, por um verdadeiro encontro intersubjetivo, por uma capacidade de fundir horizontes e perspectivas de vida, em que haja um diálogo verdadeiro e igualitário com o outro, e os encaminhamentos e propostas partam de um acordo e de uma reflexão conjunta.

Muitos teóricos brasileiros que discutem a prevenção de DST/aids nos lembram que, ao olhar as atividades preventivas ou mesmo as ações de saúde por uma perspectiva eminentemente técnica, ignorando ou desvalorizando outros tipos de saberes, vivências e valores, estamos tratando o outro como *um objeto* das ações de saúde e também nos distanciando da possibilidade de oferecer qualquer ajuda relevante, resolutiva e que tenha sentido para o outro (AYRES, 2002 a ; PAIVA, 2002; SEFFNER, 2002).

Qualquer ato de atenção à saúde que pretenda ser pertinente e significativo para “um outro”, terá sempre que manejar, para além de sua dimensão técnica, com as dimensões humanas, éticas, políticas e sociais envolvidas (todas historicamente determinadas); portanto, o aconselhamento precisará ser continuamente contextualizado, recriado, transformado, ressignificado, acordado, e readequado ao horizonte normativo e à perspectiva de vida deste “outro”, a quem se pretende atingir.

Além disso, quando enfatizamos exclusivamente a técnica, tendemos a despolitizar e “desumanizar” a ação de saúde, tornando-a impessoal e burocrática, e, deste modo, não conseguimos visualizar as diferentes forças e elementos que interagem de forma a diminuir a capacidade do indivíduo para se proteger da infecção, se cuidar e obter satisfação na vida.

Mesmo para os técnicos que conhecem abordagens teóricas e observam os manuais de aconselhamento, ainda parece ser um desafio abandonar uma atitude *receitadora, prescritiva e normativa*, focada em informações já estruturadas e em modelos prontos de como se comportar, em prol de uma postura de abertura e escuta individualizada, que realmente singularize o atendimento, que construa propostas de ação e projetos maleáveis e diversificados, e que pretenda respeitar e dialogar com a totalidade da vida do outro.

Esta situação nos remete a um dos mais importantes paradoxos presentes na prática do aconselhamento em DST/aids: a aparente oposição percebida entre a existência de uma intencionalidade e de objetivos socialmente pré-definidos para a ação do aconselhamento – que fazem desta prática uma atividade estratégica para a redução da infecção do HIV, para a quebra da cadeia de transmissão, para facilitar a adesão ao tratamento e para a escolha do melhor momento para fazer o teste anti-HIV – e a necessidade desta ação ser individualizada, particularizada e adaptada ao contexto sócio cultural e afetivo do indivíduo. Ao mesmo tempo, a possibilidade de diálogo com o outro, de escuta personalizada e de abordagem particularizada não podem fazer desta prática uma atividade descaracterizada e totalmente diversificada, baseada apenas na percepção pessoal do aconselhador para cada caso e descolada de um norte maior que determina um particular recorte para esta realidade.

Ainda em relação à estruturação dos serviços de aconselhamento, diferentes estudos e relatórios também revelam que as características específicas do formato e da condução do aconselhamento são, com frequência, pobremente descritas (MINAYO; SOUZA; ASSIS, 1999). As variações de conteúdo, duração, formato e condução do aconselhamento, apesar de serem grandes, são pobremente documentadas nas pesquisas e muitas vezes nem são consideradas, dificultando avaliações de efetividade e eficiência (WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et.al., 1999; UNAIDS, 2001).

Um dos estudos acima citados, sobre as práticas dos CTAs no Brasil ⁽⁵⁹⁾ revelou, por exemplo, que as ações executadas são mal documentadas, os instrumentos utilizados não são padronizados e às vezes selecionam informações repetidas e a grande maioria dos serviços

não efetua análise dos dados de seu atendimento. Esta circunstância torna praticamente impossível a construção de indicadores regionais e globais de avaliação, principalmente porque os poucos dados coletados o são de maneira totalmente diversa. Além do mais, nenhum destes serviços possuía qualquer instrumento ou forma de mensuração sobre a mudança de comportamento ou a adoção de posturas mais seguras em relação ao HIV entre seus usuários (MINAYO; SOUZA; ASSIS, 1999).

Outro elemento a ser considerado, é o grau de integração ou isolamento do aconselhamento com relação a outras ações de atenção ao paciente que ocorrem dentro dos serviços. Sempre é importante considerar o quanto esta prática é compreendida, reconhecida e valorizada por outros profissionais do serviço e o quanto ela dialoga com outras ações de prevenção e assistência. O aconselhamento individual não deve ser visto como uma atividade isolada, mas como elemento de uma abordagem mais ampla de prevenção, ou seja, deve se somar a outros tipos de intervenção – comunitárias, em grupo, fora dos serviços, feitas por pares, etc.

Outros fatores importantes para o sucesso do aconselhamento, que vão para além da própria atividade em si, mas que de uma forma ou de outra devem influenciar sua estrutura, são os aspectos relacionados ao *contexto epidemiológico e macro-social* aonde esta prática é organizada, bem como características específicas de cada grupo populacional (idade, sexo, relações de gênero, riscos específicos, habilidades etc). Sendo assim, ao aconselhador cabe avaliar da forma mais acurada possível os contornos da epidemia que ele pretende prevenir dentro do país e região onde ele se encontra, quais são as populações mais atingidas e porque.

Se o aconselhamento pretende ser uma abordagem individualizada, particularizada e contextualizada de prevenção, compete ao aconselhador conhecer ao máximo a população que pretende atender. Para isso, deve conseguir fazer uma análise da vulnerabilidade das diferentes populações atendidas, para que estes aspectos possam ser abordados e trabalhados no aconselhamento. Portanto, é importante incluir na formação dos aconselhadores ferramentas, como o conceito de vulnerabilidade, que os ajudem a identificar mais facilmente estes aspectos e trabalhá-los com seus clientes.

Cabe notar que o aconselhamento de forma geral, enquanto prática de saúde, tem historicamente negado ou ignorado a presença de fatores sócio-ambientais, políticos e

contextuais como temática a ser trabalhada. Muitas vezes não tem sido levado em consideração o quanto tais fatores (pobreza, violência, falta de direitos sociais garantidos e de acesso a serviços e programas sociais, discriminação, pouca liberdade de expressão, baixa escolaridade, exclusão social etc) interferem nos modos de vida, nos recursos pessoais e sociais, na autonomia e na capacidade para fazer escolhas e tomar decisões relevantes na vida. Contudo, deve-se lembrar que estes fatores aumentam ou diminuem as chances de um indivíduo se beneficiar do aconselhamento (BEMAK; HANNA, 1998).

Apesar disso, alguns autores tem levado estes aspectos em consideração e esta necessidade de compreensão acerca do pluralismo sócio cultural dos indivíduos e sua relação com a eficácia e relevância das ações de aconselhamento tem, inclusive, instigado o desenvolvimento de abordagens multiculturais do aconselhamento (BEMAK; HANNA, 1998; ABREU; CHUNG; ATKINSON, 2000; BOND; LEE; LOWE; et.al., 2001).

Outro importante aspecto a ser considerado para o sucesso desta intervenção é a *pessoa do aconselhador e a qualidade do vínculo e da comunicação estabelecidos*. Isto porque a prática do aconselhamento, sua abordagem, a forma como ele é desenvolvido e a corrente teórica que é utilizada, não podem ser isoladas da pessoa que exerce esta atividade e da forma como é construída sua relação com o outro. O aconselhamento, sempre será antes de tudo, um *relacionamento* e um *encontro interpessoal e intersubjetivo*. Sempre será um espaço onde dois horizontes pessoais e duas visões de mundo estarão se encontrando. Sempre será um diálogo entre duas subjetividades.

Os contornos do aconselhamento serão, portanto, em alguma medida, uma extensão da pessoa do aconselhador (com seus conceitos, valores e perspectiva de mundo) e um retrato da forma como se estabelece o vínculo de comunicação e de interação entre ele e o indivíduo aconselhado. Dessa forma, mesmo a teoria em aconselhamento não é uma abordagem extrínseca, mas intrínseca, pois resulta da experiência pessoal do aconselhador e do cliente na relação de aconselhamento (SANTOS, 1982).

Sendo assim, a qualidade e as características do vínculo estabelecido e o tipo de comunicação desenvolvida, são fundamentais para que esta vivência produza crescimento, autonomia, mudança de atitude, de postura, ou de comportamento. Não podemos banalizar a dimensão pessoal e intersubjetiva deste encontro. Para o próprio Rogers, as atitudes, valores, visão de mundo, posicionamento e sentimentos do aconselhador são mais importantes que

sua orientação teórica, que seus procedimentos e que sua técnica (ROGERS, 2005 a). Isto porque estas posturas têm um grande peso na forma como esta relação é percebida pelo cliente, o que pode aumentar ou diminuir o nível de confiança, de liberdade de ação e de abertura para o confronto com situações difíceis. As técnicas não substituem o intenso trabalho de construir uma relação.

Um estudo, que pretendeu observar as características comunicacionais de sessões de aconselhamento, identificou três principais formatos de comunicação usados nesta atividade: 1) o fornecimento de informação, 2) o formato diretivo ou de entrevista, e 3) o formato não diretivo (SILVERMAN; PERAKYLA; BOR, 1992).

No primeiro caso, o aconselhador fornecia um pacote de informações para o paciente, sobre práticas sexuais seguras e sobre a infecção pelo HIV. Tal pacote era genérico e pré-formulado e seu formato quase idêntico para os diferentes pacientes. Neste formato o paciente era um receptor passivo de informações consideradas importantes pelo aconselhador.

No segundo caso, o paciente fornecia respostas a uma série de perguntas realizadas pelo aconselhador. Tal padrão se assemelhava a uma *anamnese* e, apesar deste formato permitir maior participação do paciente, a preocupação do entrevistador era principalmente com suas perguntas, focando em pontos de seu interesse e pré-formatados e não necessariamente do interesse do paciente. Além disso, logo após uma breve resposta do paciente, muitos entrevistadores mudavam logo de tópico sem explorar o conteúdo trazido por eles. Outro fator limitante, observado no formato questionário/entrevista, foi que, dependendo do tipo de pergunta e do tempo que se deixava para respostas, a comunicação se tornava enrijecida e superficial, pois o paciente ficava pouco à vontade, e com pouco espaço para se expressar, dando respostas vagas, formatadas e prontas ou falando estritamente o necessário.

O terceiro formato foi bem menos utilizado, até porque para que o paciente faça perguntas e se coloque é necessário que ele tenha um tempo de preparação, de construção de um vínculo mínimo de confiança e de reflexão sobre suas demandas e necessidades (que nem sempre estão tão conscientes), e porque este formato coloca o profissional em uma situação de menor controle sobre o que vai acontecer na sessão. Frequentemente, pacientes que vêm de um trabalho anterior em grupo ou de uma palestra coletiva (sobre o serviço e

sobre os temas em questão) podem ficar mais conscientes de suas dúvidas, demandas e dificuldades, mais abertos e confortáveis para conversar sobre temas polêmicos e pessoais, e mais informados sobre o propósito do aconselhamento.

Apesar das diferentes formas de comunicação oferecerem diferentes ambientes para aprendizagem, auto-expressão e autoconfrontação, segundo este estudo, nenhuma delas é necessariamente inadequada e todas podem ser utilizadas em momentos diferentes em uma sessão de aconselhamento. No entanto, as pesquisas têm mostrado que formatos de comunicação, que permitem maior troca de perspectivas e percepções, que dão mais espaço para expressão interpessoal, para uma maior reflexão conjunta e para um diálogo mais interativo, são mais efetivos (SILVERMAN; PERAKYLA; BOR, 1992)

Cabe lembrar que uma sessão de aconselhamento não pode se reduzir nem a uma simples conversa nem à estrita aplicação de uma técnica. Diferentes estudos mostram que existe um nível importante de *intensidade afetiva* neste tipo de encontro; causado pelo envolvimento, interesse, disposição e abertura que ambos tem de ter para conseguir identificar dificuldades, angústias e ansiedades, e elaborar um factível e contextualizado plano de ação pessoal (PATTERSSON CH, 1973)

Um quinto aspecto que precisa ser considerado na estruturação e planejamento das ações de aconselhamento está relacionado às *características cognitivas, afetivas e sócio-culturais dos indivíduos que são alvo da ação de aconselhamento*.

A maioria das teorias que estudam mudanças comportamentais concordam que, os principais fatores que influenciam as mudanças no comportamento humano podem ser divididos em quatro grandes categorias: cognitivos, afetivos, interacionais e sócio estruturais, que estão, de qualquer modo, totalmente inter-relacionados (DOLCINI; CANIN; GANDELMAN; et.al., 2004). Tais teorias estudam como estes elementos interagem, na determinação dos comportamentos e atitudes individuais.

Entre os fatores de *ordem cognitiva* que afetam tanto a percepção de risco, a capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões, bem como as posturas individuais, estão: 1) conceitos, idéias, supertições e crenças estereotipadas, irracionais e rígidas que os indivíduos mantêm sobre os diferentes assuntos em questão (sexualidade, aids e DST), sobre os relacionamentos, sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo (inclusive pensamentos onipotentes e ilusões de invulnerabilidade, ou percepções de

incapacidade e insuficiência pessoal, incorporadas a partir das experiências vividas e dos significados pessoais das mesmas); 2) hierarquia de riscos pessoais (que riscos são vistos como mais emergentes e prementes e quais são menos relevantes); 3) avaliações pessoais sobre o custo benefício dos vários comportamentos; 4) quantidade e qualidade de conhecimentos corretos e adequados sobre os assuntos pertinentes; 5) capacidade de compreensão e assimilação das informações; entre outros.

Entre os fatores de ordem *afetivo-emocional* estão: 1) sentimentos e vivências sobre si mesmo, sobre os outros significativos e sobre o mundo (autoconfiança, medo de punição, etc); 2) necessidade de aceitação e de proteção; 3) experiências afetivas positivas ou negativas nos relacionamentos e em relação à sexualidade; 4) necessidades e impulsos relacionados ao prazer; 5) hábitos e scripts sexuais internalizados; entre outros.

Entre os fatores *interacionais/e sócio-culturais* podemos citar: 1) o papel das normas sociais internalizadas; 2) a influência dos relacionamentos interpessoais significativos; 3) as desigualdades de poder nos relacionamentos; 4) a influência dos papéis sociais; 5) a relevância das redes sociais (tanto no suporte e apoio, como na possibilidade de mobilização e transformação da realidade), entre outros. Todos estes fatores interferem conjuntamente com a própria história de exposição ao risco, tanto na auto-eficácia (capacidade de produzir por si mesmo um resultado desejado, conhecer e usar as habilidades individuais e sociais), como na intencionalidade, no compromisso e na prontidão para executar qualquer tipo de mudança relacionada à vida pessoal.

Além de todos estes elementos, um sexto e último aspecto a ser considerado, que pode influenciar de maneira relevante o resultado do aconselhamento (*e que está mais próximo do foco do presente trabalho*), está relacionado **ao conhecimento e compreensão: a) das principais teorias** (de comportamento, de personalidade, de educação, entre outras) que fundamentam e orientam esta atividade e seus principais conceitos; **b) da forma como estes conceitos podem ser aplicados e utilizados nesta atividade: aconselhamento em DST/aids.**

De forma geral, como vimos, muitos são os desafios que, ainda hoje, cercam o processo de aconselhamento em DST/aids. Porém, como discutimos anteriormente, algumas de suas principais fragilidades nos levam à necessidade de buscar um maior embasamento teórico-metodológico: a não uniformidade do formato, do conteúdo e duração, as dúvidas

em relação a qual seria sua melhor estrutura, a pouca formação dada aos aconselhadores, a carência e superficialidade dos seus manuais, entre as outras citadas.

Sendo assim, é importante saber quais são: os conceitos, as idéias, as concepções, as proposições, as reflexões teóricas e os princípios que tem servido de alicerce para esta prática desde que ela foi formulada no campo das DST/aids, ou seja, aonde esta ação tem se fundamentado; o quanto estes diferentes elementos utilizados são claros ou ambíguos, como se ajuntam e se agregam entre si; e de que forma podem ser utilizados nas ações concretas de aconselhamento que ocorrem na realidade dos serviços.

A própria noção de “*best practices*” ou de “melhores práticas”, desenvolvida pela UNAIDS para avaliar os cuidados médicos, mas já aplicada à atividade de aconselhamento, propõe que as melhores práticas são: aqueles processos ou atividades que *incorporam os valores, os princípios e os conceitos das teorias de base*; que são *consistentes com a evidência científica* e que podem *desenvolver-se de diferentes maneiras* segundo o contexto. Desta forma, para caminhar-se na direção das práticas mais adequadas e consistentes, é necessário clarificar muito bem os conceitos, os princípios e as opções metodológicas que lhe subjazem (MYERS, WORTHINGTON; HAUBRICH; et. al., 2003)

Apesar disso, a maioria das pesquisas sobre a prevenção do HIV dentro do aconselhamento tem se concentrado em avaliar a efetividade das intervenções apenas pelos resultados encontrados: aumento do uso do preservativo com diferentes parceiros, maior aderência ao tratamento, maior autocuidado, entre outros; sem, no entanto preocuparem-se em analisar os caminhos que foram utilizados para se chegar a tais resultados.

Bem poucas investigações sobre o aconselhamento, estão embasadas em teorias de mudança de comportamento, de educação ou técnicas de ajuda e poucos estudos se preocupam em discutir a *partir de um modelo teórico*, porque uma dada intervenção muda ou não muda atitudes e comportamentos (WEINHARDT; CAREY; BLAIR; et. al., 1999). Não basta saber se o aconselhamento produz algum efeito, mas é necessário saber *como, porque, através do que e baseado em que*, isto acontece. Ou seja, falta informação sobre *como* o aconselhamento em DST/aids funciona na prática (CABRAL; GALAVOTTI; GARGIULLO; et.al., 1996; SILVERMAN; PERAKYLA; BOR, 1992). Não obstante, a literatura científica sobre o aconselhamento em DST/aids tem mostrado que os programas baseados em teorias são sempre mais efetivos do que abordagens a-teóricas (CDC, 2001;

DOLCINI; CANIN; GANDELMAN; et.al ., 2004). Podemos dizer que, a atuação e o posicionamento a-teórico, fragiliza significativamente a credibilidade do processo do aconselhamento.

É daqui, principalmente, que partem nossos questionamentos. Como exposto na justificativa deste estudo, é por acreditarmos que as dificuldades enfrentadas pelo aconselhamento em DST/aids começam já nas ambigüidades, imprecisões e contradições internas à sua própria concepção teórica, que estaremos focando neste aspecto o nosso estudo. Nesse sentido, não basta examinar a “compreensão” que os técnicos possuem das bases teóricas do aconselhamento ou de sua aplicação, senão as bases teóricas em si mesmas. A hipótese que vamos desenvolver, como lá indicado, é que existem desacordos e incompatibilidades entre o principal aporte teórico que fundamenta a técnica do aconselhamento (as proposições de Carl Rogers, como pudemos verificar nos capítulos anteriores) e os objetivos e formato propostos para esta técnica quando incorporada às estratégias de resposta à epidemia de HIV/aids no campo da saúde pública. Passemos então ao exame do quadro teórico rogeriano e suas características, para em seguida as cotejarmos com as possibilidades e dificuldades para sua transposição ao campo tecno-normativo do aconselhamento em DST/aids.

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PENSAMENTO DE CARL ROGERS

6. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PENSAMENTO DE CARL ROGERS E O DESENVOLVIMENTO DA ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

6.1. Influências culturais e teóricas dominantes na elaboração da Abordagem Centrada na Pessoa

Os EUA vivenciaram nas décadas de 1930, 1940 e 1950 (período da formação acadêmica e início da carreira profissional de Rogers), um rápido e expressivo desenvolvimento do campo da psicologia clínica e da psiquiatria, um crescimento nos programas de formação em psicoterapia e aconselhamento e uma ampliação do interesse pelos procedimentos e métodos psicoterapêuticos, estendendo a aplicação e acesso dessa área de conhecimento a educadores e orientadores pedagógicos, psicólogos sociais, e profissionais de indústria e empresas (psicologia do trabalho).

Esse avanço de conhecimento teve como base um período de ascensão e aquecimento do pensamento liberal, um significativo desenvolvimento tecnológico e industrial, com relevantes mudanças sócio-culturais e valorativas, que tornaram a cultura norte americana cada vez menos homogênea, mais multifacetada, imprevisível e inconstante; proporcionando menor possibilidade aos indivíduos de apoiarem-se nos modelos e tradições anteriormente vigentes. Nesse sentido, a partir de uma perspectiva indivíduo-centrada, humanista e idealista, depositava-se cada vez mais sobre cada indivíduo, o encargo de resolver, a partir de si mesmo, problemas a respeito dos quais a sociedade anteriormente assumia uma maior responsabilidade; da mesma forma, aumentava-se a expectativa sobre uma participação mais consciente, produtiva, efetiva e criativa do indivíduo na sociedade.

Incentivou-se, portanto, nesse período o estudo, desenvolvimento e emprego de procedimentos que contribuíssem para uma maior tranquilidade e adaptação mental, emocional e social do homem moderno à sociedade em mudança. A psicoterapia e outras práticas de ajuda, como o aconselhamento, propunham-se a proporcionar uma adaptação pessoal mais satisfatória, uma melhora na qualidade das relações interpessoais e sociais, e a ajudar os indivíduos a desenvolverem uma maior capacidade para manejar e enfrentar os problemas, pressões e conflitos existentes neste ambiente em transformação.(ROGERS, 1981). O próprio Rogers assumiu a importância de seu tempo e cultura, no desenvolvimento de seu referencial teórico.

O cenário era propício ao estudo e desenvolvimento de novas e diversificadas técnicas, métodos e propostas de atendimento psicológico para além da tradicional e conhecida psicanálise. Esta começava a ampliar sua formação e aplicação para além do domínio da medicina, e muito já havia contribuído para a apreciação e assunção dos impulsos inconscientes e sua influência no comportamento humano e na etiologia de processos psicopatológicos. Mas surgiam agora, outros psicoterapeutas de orientação psicanalítica (Horney, Harry Stack Sullivan, French e Alexander, Murray Bowen, Carl Whitaker, Erich Fromm, Victor Frankl, Erik Erikson, Heinz Kohut, Sandor Ferenczi, Otto Rank) e humanista/existencial (Gordon Allport, Abraham Maslow, Rollo May, Martin Buber), ampliando a visão sobre o atendimento psicoterapêutico e propondo formulações modernas, inovadoras e alternativas ao pensamento psicanalítico tradicional.(ROGERS, 2001 a).

Grande parte desses profissionais e teóricos, assim como o próprio Rogers, incluíam-se em uma geração de terapeutas norte americanos e imigrantes (chamados de “terapeutas do mundo novo”), cujos trabalhos assumiram um feitio e uma configuração decididamente americana, com um proceder mais livre e experimental.

Entre as mudanças de enfoque e abordagem propostas por esses diferentes terapeutas estavam: uma maior focalização e preocupação com as características do *processo terapêutico* ao invés de um empenho em investigar as diferentes causas e contornos da etiologia dos distúrbios emocionais e neuroses; uma maior focalização no *presente vivido* em vez de na reelaboração do passado; uma configuração de atendimento mais *breve e circunscrito*, uma maior abordagem das *emoções, sentimentos e valores*, ao contrário de um diálogo focado na compreensão racional e cognitiva dos problemas; uma ênfase e valorização da *experiência emocional* implicada no processo terapêutico que passa a ser visto cada vez mais como “fluxo experiencial (uma experiência emocional positiva)”; uma maior preocupação com a qualidade do *relacionamento estabelecido* entre terapeuta e cliente; e a idéia de uma participação mais *integral, intensa, autêntica e viva* do terapeuta nas sessões, ao invés da anterior “neutralidade do terapeuta”.

Entre essas diferentes tradições de pensamento, Rogers relata como influências determinantes: a filosofia existencial de Sören Kierkegaard, da onde, entre outros conceitos, retira a idéia de que a meta da vida de um ser humano é “*ser o eu que verdadeiramente se é*”, ou seja, “*tornar-se si mesmo*” e “*estar em constante movimento e mudança*”, e não ajustar-se a um “eu” pré moldado, determinado, fixo, aceitável e adequado socialmente (ROGERS, 1981); e a obra de Martin Buber (Eu e Tu), que

explicitava, entre outras idéias, um princípio específico de Lao-Tse, mostrando o quanto interferir na vida das coisas significa violentar a elas e a si mesmo, ou seja, aquele que interfere tem um poder fraco e aparente, e o que não se impõe tem um poder grandioso e secreto (pois a vida tem uma direção e um movimento próprios que devem ser estimulados e respeitados). (ROGERS, 1981; p 205-206).

Outra influência, ainda que negativa, sobre Rogers, foi a escola behaviorista de pensamento, em destaque na época no meio acadêmico norte americano, que enfatizava a mera observação do comportamento externo, desvalorizando e ignorando os significados internos, os propósitos e valores subjetivos, e propondo um abordagem de controle, mudança e regulação do comportamento humano. Rogers cada vez mais defendia a liberdade de cada pessoa em ser si mesmo e em escolher conscientemente posicionamentos próprios diante das circunstâncias e conjunturas da vida, e valorizava a idéia de se explorar o mundo íntimo dos significados e afetos pessoais.

Além de ser influenciado pelos novos pontos de vista sobre a prática psicoterapêutica, outra situação preponderante para o desenvolvimento de sua própria abordagem, foi o fato de sentir-se frustrado, limitado e cerceado em sua atuação profissional ao tentar atuar dentro da tradição de pensamento dominante nas universidades e instituições clínicas existentes na época. Estas indicavam um manejo “estritamente profissional, objetivo, neutro e distante” do paciente, recomendando que o atendimento fosse desenhado sobre uma detalhada coleta de dados sobre os diferentes aspectos e dimensões da vida do paciente (usando testes diversos e entrevistas), da qual se seguiria a elaboração de um diagnóstico específico e delimitado sobre as possíveis causas de seu comportamento (encaixando-o em um quadro nosológico pertinente), e terminando com uma clara e organizada indicação de seu prognóstico.

A partir disso, seguir-se-ia a produção de um relatório detalhado sobre todos esses elementos e seria fornecida uma devolutiva do “caso” em questão, para as diversas instituições onde o profissional trabalhava. Para o indivíduo em questão, seriam oferecidas sugestões e interpretações sobre as causas e conseqüências de seu comportamento e postura que pudessem contribuir para a modificação do mesmo, tudo isso de forma bastante objetiva, fria, sem a participação do paciente e sem envolvimento pessoal do terapeuta.

A falta de sucesso e de impacto obtidos nesse tipo de manejo interpessoal fizeram com que Rogers revisse sua forma de abordar os pacientes (que passaram a ser chamados de clientes), percebendo, principalmente, que eles não estavam sendo considerados

enquanto *pessoas*¹. Em vez de seguir e adotar um rumo previamente estabelecido e restritivo, com perguntas delimitadas, testes e recortes definidos, Rogers começou a ouvir o que os pacientes tinham a dizer sobre sua própria vida, que significados e que sentimentos traziam em relação às situações vividas.

Estando mais aberto à totalidade da presença de seu cliente e mais livre para se posicionar e compreender, estudando os efeitos de diferentes posturas e respostas profissionais nas situações de entrevista e no atendimento (tais como os resultados de abordagens mais diretivas e menos diretivas), Rogers acabou por desenvolver uma nova técnica *não diretiva* de abordar o cliente, posteriormente chamada de *abordagem centrada no cliente* (aonde não é o profissional que comanda, dirige e decide os assuntos a abordar e o caminho a seguir, mas o cliente). Aos poucos percebeu que não estava desenvolvendo apenas um novo método, mas uma proposta de relacionamento distinta, um modo específico de interação pessoal, uma nova abordagem das relações humanas. (ROGERS, 1981; p 202).

Dessa forma, permeado por essas influências e valores, Rogers, em sua prática clínica, vai desenvolvendo uma visão de homem bastante em sintonia com a corrente humanista dos EUA (que se identificava com aspectos importantes do espírito e crenças americanos), se tornando inclusive um dos principais teóricos dessa corrente:

“A concepção de psicoterapia desenvolvida por Carl Rogers, é um fenômeno inteiramente americano, não apenas pelas suas origens, mas pela sua própria natureza, e daí a grande importância dada às relações democráticas, às relações baseadas na igualdade, liberdade e respeito pelo indivíduo” (LINDGREN, 1962; p 23.).

Vários autores pontuaram o posicionamento humanista de Rogers, que colocava um forte acento nos interesses e motivações pessoais, no livre arbítrio, e nas

¹ Esta idéia de *pessoa* carrega uma conotação de integralidade e de totalidade de aspectos e dimensões próprios do humano em sua relação com o mundo, compondo um conjunto singular de fenômenos que se inter-relacionam e que identificamos como indivíduo (influência da Gestalt e do existencialismo). Carrega, também, a idéia de autodeterminação, auto direção e liberdade, e de uma subjetividade que está sempre e continuamente se construindo. Cf. (nota) John Keithwood; Jaime Roy Doxsey et al , 1994, p. 20.

potencialidades do ser humano, sublinhando sua capacidade para a criação e transformação de sua realidade natural e social:

“A visão humanista de um mundo concebido para e por pessoas, e oposta a subjugação do homem a padrões que destroem sua possibilidades, é a tônica de sua obra” (ROSENBERG, RL, in ROGERS, 2005b; p 6)

A premissa central de seu trabalho é a de que as pessoas são inerentemente cheias de recursos, capazes de autodireção, e não têm necessidade de submeter-se a uma autoridade ou a uma sabedoria externa para desenvolverem-se e resolverem seus problemas. O próprio Rogers identifica-se com a linha de pensamento humanista/existencial em crescimento na época:

*“Hesito em rotular essa tendência, mas na minha mente, ela está associada a adjetivos tais como fenomenológico, existencial, centrado na pessoa; e a conceitos como auto-realização, vir-a-ser, maturação individual... o fio comum dessa abordagem pode ser a sua **preocupação a respeito da pessoa e do seu tornar-se num mundo moderno que parece procurar ignorá-la ou diminuí-la**”.(ROGERS, 2001 a; p XXII).*

6.2. A visão rogeriana da ciência (seu papel, importância, riscos e limites)

Para Rogers toda a teoria, especialmente no campo da ciência, nasce de uma reflexão sobre a realidade concreta, ou seja, surge como produto de uma experiência prática realizada ou vivida em certa área da vida. Desenvolve-se quando alguém decide explicitar as suposições implícitas, elaborando construções e raciocínios lógicos que ofereçam explicações e sentidos sobre as motivações, as razões, os efeitos e a estrutura intrínseca em determinada realidade já existente, ou em procedimentos já executados, em habilidades já desenvolvidas ou em mudanças já ocorridas.

“Este é o começo do método lógico - experimental. As suposições uma vez explicitadas podem desenvolver-se logicamente; seu desenvolvimento lógico conduz a mudanças experimentais na prática e assim ao começo de uma ciência. Devemos sublinhar que as abstrações científicas não se extraem do nada, nem tampouco da reflexão descontrolada. Desde o começo estão profundamente arraigadas em uma atividade pré-existente”. (ROGERS, 1981; p29).

As afirmações, abstrações e generalizações teóricas não são feitas no vazio, mas sim a partir de fatos concretos e da experiência vivida; são frutos de uma elaboração cognitivo- racional e carregam, inclusive, tanto uma dimensão afetiva e valorativa, como ideológica, cultural, social e histórica. A elaboração de uma teoria sempre está relacionada à tentativa de explicação e compreensão de um fenômeno específico, sob o qual pesam indagações, discordâncias de significado, ou que ainda esteja num plano obscuro e incompreensível.

“Não há necessidade de uma teoria até que se tenham fenômenos para explicar. Só tem sentido uma teoria da psicoterapia ou das relações humanas quando há questões ou quando há mudanças observáveis que requerem uma explicação”. (ROGERS, 1981; p29).

Da mesma forma, para Rogers a ciência tem uma finalidade pragmática, isto é, o trabalho teórico e a investigação científica, são tentativas de fornecer ordem e significado à experiência concreta; são tentativas de perceber o mundo de forma ordenada e compreender suas relações. Assim a teoria *científica*, deve poder contribuir para o enriquecimento das escolhas cotidianas e para a reorientação e reorganização da prática. A teoria é apoiada e apoiadora da prática, está alicerçada na prática e existe por causa dela.

“Procurar uma significação, uma lei, uma ordenação, à experiência vivida e acumulada, e projetar essa ordem em novos campos de exploração, aonde ela pode ser posta à prova, esse é o objetivo da teorização científica”. (Rogers, TP, p28)

Contudo, para a construção de sua teorização sobre as relações de ajuda, Rogers não está considerando a realidade concreta e a prática, vistas de forma objetiva; mas considera, sobretudo (e neste ponto se remete a sua influência fenomenológico-existencial), a realidade apreendida pela experiência subjetiva, e o aprendizado e saber que essa experiência oferece.

Isto mostra o quanto, para ele, os subsídios para a reflexão racional não vêm apenas de uma leitura cognitiva da realidade, mas de uma “leitura experiencial”, ou como ele mesmo diz, de uma leitura que encerre a integralidade de aspectos do ser humano (levando em conta elementos cognitivos, afetivos, intuitivos, valorativos, sensoriais, culturais, técnicos, contextuais e até fisiológicos). Sugere que a totalidade de dimensões

do humano deve fazer parte de nossa análise e percepção da realidade, porque sempre fazemos uma leitura do mundo a partir de nossa própria pessoa, e essa “experiência pessoal” é fonte fundamental de conhecimento. Rogers confia na *totalidade de sua experiência*, à qual atribui mais sabedoria do que unicamente a seu intelecto. Mesmo sendo falível, essa leitura (que deve posteriormente ser checada e organizada de forma mais objetiva), é mais completa e integral.

“A experiência é para mim a suprema autoridade. É a pedra de toque de toda a validade. Nenhuma idéia de qualquer outra pessoa, nem nenhuma de minhas próprias idéias, tem a autoridade de que se reveste minha experiência. É sempre à experiência que eu regresso, para me aproximar cada vez mais da verdade”. – “É no seu nível inferior que a hierarquia da experiência apresenta o maior caráter de autoridade. Se leio um teórico de psicoterapia, se formulo uma teoria de psicoterapia baseada em meu trabalho com cliente, se tenho uma experiência direta de psicoterapia com um cliente, então o grau de autoridade cresce, na mesma ordem em que foram relacionadas às citadas experiências” (ROGERS, 2001 a; p28).

“Tudo isso se sintetiza de seguinte maneira: o médico deve ter primeiro, familiaridade íntima, habitual e intuitiva com as coisas; segundo, conhecimento sistemático das coisas; e terceiro, um modo de pensar efetivo e organizado sobre as coisas.” (ROGERS, 2001 a; p30).

Como remete e relaciona sempre sua teorização à experiência prática, questiona teóricos que com alguns poucos elementos concretos da realidade, constroem diversas inferências e abstrações com pouco ou nenhum poder de verificação ou refutação. Questiona proposições axiomáticas não fundadas em observações e experiências concretas. Sustenta a observação aguda, minuciosa e cuidadosa das coisas e dos fatos, a seleção guiada por uma familiaridade com os fenômenos recorrentes, sua classificação e exposição metodológica, para só então iniciar a construção preliminar de uma teoria lógica, e não de uma teoria filosófica, nem de um grande esforço da imaginação, nem um dogma quase religioso.

Defende e se orienta por um método científico que o permite fazer apenas afirmações e inferências simples, que podem ser testadas na realidade (esta postura se coaduna bem com forma de fazer ciência norte americana, muito marcada pela corrente

positivista, assim como pelo pragmatismo de John Dewey). Com esse posicionamento, justifica a limitação existente em sua própria elaboração teórica, que parece se constituir de um grupo de hipóteses e conclusões simples, claras e diretas e não complexas e elaboradas como na psicanálise. No entanto, suas construções claras e simples não ficaram apenas dentro do domínio da psicoterapia ou das relações de ajuda, mas pareceram tentar abranger de forma quase universal distintas realidades com complexidades diferentes e determinações múltiplas (situações de grupo, situações comunitárias, familiares e educativas).

Rogers faz também questão de mostrar que vê suas construções teóricas, como dinâmicas, mutáveis e flexíveis, sempre abertas à crítica, à revisão e à transformação, e não como estáticas e definitivas.

“Existe a tendência de se considerar o enfoque não diretivo ou centrado no cliente como algo estático, como um método, uma técnica, um sistema rígido. Nada é mais distante da verdade. Os profissionais que trabalham nesse campo utilizam conceitos dinâmicos, que constantemente revisam, à luz da experiência clínica e à luz das descobertas feitas pelas investigações.”

“A teoria se revisa e se modifica, com o propósito nunca inteiramente alcançado de proporcionar um marco conceitual completo que possa abarcar adequadamente os fenômenos observados. O básico são os fenômenos, e não a teoria.”(ROGERS, 1981; p29).

Sabendo que sua função é provisória e que sempre será modificada e ampliada, Rogers ressalta que não se deve temer a comprovação ou refutação das hipóteses teóricas. Não se deve defender posições de forma dogmática e deve-se estar aberto a mudanças.

“Os fatos são amigos. O mínimo esclarecimento que consigamos obter nos aproxima muito mais do que é a verdade (...) As conclusões sempre terão de ser reorganizadas e revistas a partir de novas informações e dados, é assim que se aprende e que se desenvolve a ciência “. (ROGERS, 1981; p 29)

6. 3. A influência das ciências positivas em sua construção teórica

Apesar de suas inspirações humanistas e fenomenológico-existenciais, a construção de sua abordagem teórica e principalmente o seu “fazer ciência”, foi fortemente influenciado pela forma como o estudo científico no campo da psicologia era desenvolvido nos EUA, ou seja, foi profundamente marcado por uma orientação positivista e pragmatista da prática científica, com sua habilidade para definições operacionais e pragmáticas, com sua destreza para a medição objetiva, com sua insistência na necessidade de submeter todas as hipóteses a um processo objetivo de verificação ou refutação (ROGERS, 1981; p 20).

“O método científico, e os processos do positivismo lógico, tem muito a oferecer. Qualquer experiência pode ser descrita em termos operacionais. As hipóteses podem ser formuladas e postas a prova... Deve-se aplicar à psicoterapia, os cânones mais rigorosos do método científico, a fim de alcançar o mais amplamente possível um conhecimento das leis do comportamento individual e da modificação de atitudes”.(ROGERS, 2001 a; p241)

Foi um dos primeiros teóricos da psicologia a desenvolver um método objetivo para estudo criterioso e rigoroso do *processo terapêutico* e da *relação intersubjetiva* de ajuda (de sua natureza, características, limites, efeitos e resultados), bem como um dos pioneiros no desenvolvimento de uma abordagem terapêutica e de uma prática de atendimento clínico, amplamente sustentada por estudos empíricos. Foi também, talvez um dos primeiros teóricos do campo da psicologia, que considerou possível, aceitável, altamente viável e relevante estudar de forma sistemática e com um rigor e transparência científicos as relações interpessoais; o processo de comunicação intersubjetivo; a influência do relacionamento interpessoal na subjetividade humana e nas atitudes individuais. (ROSEMBERG RL, 1987).

Para atingir tal intento, já na década de 40, e antes do que em qualquer outra área da psicologia, estabeleceu-se como um precursor no uso da gravação de atendimentos clínicos e entrevistas como instrumento para poder fazer uma análise e reconstrução o mais objetiva possível do diálogo realmente ocorrido. Desenvolveu medidas e escalas que pudessem ser consideradas confiáveis, divulgando suas hipóteses e achados para apreciação e crítica.

Foi, portanto, também um dos primeiros teóricos em psicoterapia a descrever esta prática em termos operacionais e estruturais, enumerando condições (baseadas na relação e não nas características dos distúrbios e problemas de cada indivíduo) necessárias e suficientes para a mudança construtiva na personalidade. Estudou tanto as atitudes dos profissionais e seus efeitos nos pacientes como os indivíduos que não quiseram fazer terapia, indivíduos que desistiram no meio do processo e fracassos terapêuticos. Os estudos sobre os resultados da psicoterapia e do aconselhamento ficaram mais elaborados à medida que foram estabelecidas relações entre o processo e o resultado.

“é nossa convicção que o campo da psicoterapia e aconselhamento não poderá adquirir amadurecimento, sem que se tenha compreendido os seus fracassos tão adequadamente quanto seus sucessos” (ROGERS, 1981; p30).

“Rogers foi pioneiro em um tipo de pesquisa considerado antes, inexecutável. Suas investigações demonstraram a viabilidade de uma descrição o mais imparcial possível, das mudanças pessoais ocorridas por efeito de um atendimento psicoterápico, e a possibilidade de uma análise pormenorizada e sistematizada das fases e características do processo de tal mudança. Sua insistência em provar hipóteses, lhe conferiu maior credibilidade científica. Representou um incentivo à formação de uma atitude de pesquisa, que faltava à psicologia clínica e áreas afins”. (ROSENBERG RL, 1987; p, 19).

Sua busca por mostrar a cientificidade de seus métodos e procedimentos deve-se a sua preocupação de marcar uma posição e fornecer um sustentáculo socialmente valorizado sobre sua nova abordagem terapêutica (altamente distante e estranha à maioria das ações de atendimento, realizadas pelos psicólogos, psiquiatras, educadores e assistentes sociais de sua geração), indicando sua consistência, pertinência e validade para o mundo acadêmico e profissional de seu tempo.

Muitos de seus interlocutores apoiavam-se principalmente, na ciência comportamental, que executava diversos experimentos e investigações objetivas, fazendo várias afirmações e indicações sobre o proceder humano dentro de um enfoque restritivo e determinista de análise, que encapsulava o ser humano, em uma rede de causas e efeitos. Rogers considerava importante mostrar à comunidade acadêmica e a seus colegas de trabalho que sua distinta forma de “fazer psicoterapia, aconselhamento e ajudar as

pessoas a se desenvolverem e superarem problemas” não era baseada em idéias românticas, ingênuas, abstratas e sem fundamento.

Rogers evidencia a intenção de tornar a psicoterapia uma prática avaliável e acessível ao universo de investigação científica e, nesse sentido, demonstra uma considerável honestidade intelectual, ou seja, uma firme disposição de expor ao debate e à crítica racional os fundamentos filosóficos e ideológicos de sua abordagem (que são freqüentemente explicitados, rediscutidos, ampliados e continuamente defendidos em um discurso argumentativo), a sinceridade e veracidade de sua experiência como terapeuta, bem como as evidências empíricas e experienciais deste tipo de abordagem interpessoal, consideradas por ele de fundamental importância para provar a legitimidade e a consistência de suas idéias.

“...pouco a pouco estão se acumulando provas objetivas, com respeito a diferentes fases da terapia, de forma a contribuir para a construção tanto de uma teoria terapêutica (sobre o processo da terapia), assim como uma teoria sobre a estrutura e dinâmica da personalidade, que torna possível tal terapia” (ROGERS, 1981; p22).

O método científico de pesquisa passou cada vez mais a ser a maneira de Rogers se distanciar e tentar enxergar a rica experiência subjetiva de forma mais objetiva, de modo a certificar-se de que não era uma ilusão ou opinião pessoal o que estava percebendo. (ROGERS, 2001 a; p17).

“Durante esses últimos anos procurei absorver todos os indícios que fosse capaz de apreender referentes ao processo e aos elementos significativos nas alterações verificadas. Procurei em seguida abstrair dessas impressões, as idéias mais simples que pudesse descrevê-las (...) A fase seguinte constituiu em reunir essas observações e abstrações elementares e formulá-las de modo a poder destacar imediatamente hipóteses verificáveis, nas quais tenho trabalhado”. (ROGERS, 2001 a; p145).

A preocupação de Rogers em demonstrar o fundamento empírico de suas conclusões, sua honestidade intelectual e sua necessidade de que todas as suas construções e proposições fossem sempre verificáveis, acabam por apresentá-lo como um homem da ciência (inserido na comunidade científica americana), bastante preocupado em dialogar com seus pares e fornecer explicações e justificativas que pudessem prover

não apenas uma validação lógica de suas proposições, mas também experimental. Assim, ao procurar sempre uma objetividade e um fundamento científico positivo para suas afirmações, busca no específico algo que é universal e geral.

“ Mas esta corrente teórica não é apenas um produto de influências culturais, mesmo que elas existam. Está construída sobre uma base profunda de observações, minuciosas, cuidadosas e específicas da conduta do homem em relação, observações que transcendem em algum grau as limitações de uma cultura dada. Dessa forma, no seu intento investigativo para descobrir as leis significativas que operam em uma relação terapêutica, esta abordagem se esforça por chegar a constantes, a seqüências de conduta que são verdadeiras não só para uma época ou cultura senão que descrevem o modo como opera a natureza humana”(ROGERS, 1981; p20).

Além de preocupar-se em explicitar a seriedade e cientificidade de seus estudos e de sua construção teórica, Rogers critica aqueles que constroem conceitos e noções abstratas sem ter nenhum mecanismo para comprovação das mesmas. Critica os teóricos, que propõe a elaboração de uma metapsicologia (baseada em estruturações teórico-abstratas e especulativas, não possíveis de investigação experimental) e propõe a construção de uma psicologia fundada no estudo sistemático e metódico da experiência clínica, ainda que de base fenomenológica e não comportamental.

“Ainda que as minhas investigações tenham limitações definidas, e às vezes graves, cada uma tem utilizado instrumentos de um grau de confiabilidade conhecido e enunciado, e os métodos tem sido descritos com detalhes suficientes para que qualquer investigador competente possa verificar os resultados. Dessa forma, cada vez mais se torna difícil falar em termos puramente dogmáticos acerca de qualquer aspecto da psicoterapia, pois se torna evidente a possibilidade de se investigar objetivamente quase qualquer fase desse processo, desde a relação entre profissional cliente até medições de mudança na conduta.”(ROGERS, 1981; p27).

Sua crítica se estende, tanto as afirmações e proposições filosófico-especulativas, quanto à idéia de achados científicos considerados como verdade e como certezas e evidências inquestionáveis. Para Rogers, as construções teórico-científicas precisam vir inicialmente da *experiência* prática, serem posteriormente elaboradas e discutidas como

um discurso lógico racional que tenta organizar explicações, sentidos e razões, e devem ser novamente postas à prova na experiência prática.

“Há algumas hipóteses centrais que proporcionam uma unidade na busca de novos conhecimentos, mas estas hipóteses podem ser postas à prova e são passíveis de confirmação ou refutação, portanto oferecem esperança de progresso em lugar do estancamento do dogma. A psicoterapia está separando-se do reino do místico, do intuitivo, do pessoal, do indefinível para aproximar-se da plena luz da análise objetiva. A flexibilidade e mudança e não a rigidez é a característica desse campo de conhecimento”(ROGERS, 1981; p27).

Ainda que seu trabalho fosse bastante marcado pelo estudo de situações e vivências subjetivas, abstratas, não palpáveis e não reproduzíveis; desenvolveu um método que deu maior credibilidade ao estudo científico das vivências psíquicas e dos relacionamentos humanos e conseguiu dar peso e valor científico à complexidade, à obscuridade, à fluidez, ao dinamismo, à subjetividade e à ambigüidade de elementos inerentes à experiência subjetiva, à interação terapêutica e às relações interpessoais.

Nesse sentido, um dos reconhecidos méritos de Rogers é sua preocupação com a transparência metodológica e sua tentativa de deixar explícito cada um dos procedimentos adotados, e as razões e caminhos para se chegar aos resultados obtidos. Assim, a formulação de suas proposições (especialmente no início de sua carreira profissional), freqüentemente era expressa na forma de hipóteses passíveis de verificação e refutação.

Com esse tipo de aproximação e de olhar sobre o processo terapêutico e as relações de ajuda interpessoal, Rogers acabou demonstrando o quanto, com elevada freqüência, existiam de contradições e incoerências entre a *visão*, a *intencionalidade* e os *valores* propostos e professados pelos profissionais e suas *reais atitudes e procedimentos* nas entrevistas e atendimentos com os clientes (ou seja, o quanto existiam outros propósitos implícitos em suas atitudes, dos quais eles não tinham consciência). Esse tipo de contradição só pôde ser descoberto e exposto, com o estudo detalhado e objetivo das sessões, investigando as colocações, entonações, sentidos e atitudes no discurso dos profissionais, e as respostas, posicionamentos, afirmações, reações afetivas e cognitivas, e significações percebidas no discurso do cliente.

Este tipo de tratamento do material de atendimento clínico foi considerado um elemento extremamente valioso, impactante, e até mesmo revolucionário nas atividades de formação profissional, enriquecendo sobremaneira o olhar e a percepção do profissional aprendiz sobre si mesmo, sobre a influência e impacto de suas atitudes e enunciações no universo pessoal do cliente, sobre as motivações e vivências deste profissional no atendimento (vistas de forma subjetiva pelo próprio profissional e mais objetivamente pela gravação da entrevista), possibilitando a quebra de algumas posturas onipotentes, de alguns preconceitos e de leituras simplistas do atendimento.

“Uma das contribuições gerais mais significativas do enfoque centrado no cliente, tem sido sua insistência em investigar a instrumentalização detalhada da ação e da postura do profissional na entrevista de ajuda. Estou fazendo realmente o que creio estar fazendo? Não é suficiente um juízo subjetivo do profissional com respeito a essas questões. Frequentemente o profissional se surpreende ao descobrir os objetivos e intencionalidades que realmente estão implicados na entrevista.” (ROGERS, 1981; p37).

6.4. Conflitos e contradições entre duas formas de aproximação da realidade

Entretanto, esse seu duplo compromisso e afiliação, de um lado com sua formação positivista na forma de fazer ciência e de outro com a influência fenomenológico-existencial presente em seu proceder clínico, rendeu a Rogers a vivência de um conflito interno e pessoal do qual nunca conseguiu conquistar uma superação satisfatória, além de numerosas críticas em sua inabilidade por superar a questão da objetividade e da subjetividade. Seus críticos sugerem que, defendendo uma posição científica, mas conduzindo-se numa atitude em evidente oposição ao modelo positivista, Rogers é tomado por uma dificuldade teórico-prática. (FREIRE JC, 1988; p64; SILGEMANN, 1987; p 74).

Esse conflito se estrutura diante da perceptível contradição e incompatibilidade entre dois de seus principais horizontes normativos, entre suas duas grandes influências teórico-filosóficas, entre seus dois maiores interesses pessoais e profissionais: a prática da ciência moderna, apoiada no positivismo lógico, e a prática da psicoterapia e do trabalho interpessoal e grupal apoiada na visão fenomenológico-existencial.

Enquanto a concepção positivista vê a verdade como correspondência à realidade, e como algo que pode ser descoberto e conhecido ainda que paulatinamente, a concepção

fenomenológica afirma que só existem perspectivas e fenômenos percebidos, leituras distintas da realidade, diferentes interpretações subjetivas em constante transformação e revisão.

“Trata-se de uma oposição entre o positivismo lógico em que eu fora educado e pelo qual tinha um profundo respeito, e um pensamento existencial orientado subjetivamente, que crescia em mim porque parecia adequar-se perfeitamente à minha experiência terapêutica” (ROGERS, 2001 a; p227).

Rogers considera possível descobrir leis objetivas que regem as relações interpessoais e terapêuticas e a mudança de comportamento, assim como mensurar alguns desses elementos identificados, medindo a atitude de aceitação do outro, por parte do terapeuta e o quanto isso aumenta a auto aceitação pelo cliente (usando testes de atitude e outras medidas inseridas antes e depois da relação). Possui uma visão de valor científico bem pautada na necessidade de mensuração, exatidão e objetivação dos dados. Preocupa-se em alcançar a *verdade dos fatos*, o que não combina com uma aproximação compreensiva, interpretativa e fenomenológica da realidade.

Este conflito se torna mais intenso, quando Rogers percebe a enorme diferença e distância existente entre essas duas leituras e formas de aproximação da realidade, e o quanto por vezes parecia que ele que estava abordando objetos completamente distintos.

“Quando começamos a estudar e analisar cientificamente esta experiência terapêutica, nossos conflitos nesse empreendimento se referiram à nossa percepção de que o processo terapêutico é rico em matizes, complexidades, e sutilezas; e a nossa convicção de que a descoberta científica, a generalização, é fria, inerte, carecendo da plenitude e da intensidade da experiência” (ROGERS, 2001 a; p15).

Essa falta de semelhança e de sintonia entre a experiência de cada caso e a generalização científica, isto é, entre a riqueza, a diversidade e a delicadeza de detalhes singulares, fascinantes e interessantes existente nos encontros humanos particulares da clínica e a generalização e uniformização das conclusões científicas; deixava Rogers atônito e incomodado.

“Com a experiência que adquiri como terapeuta, e tomando em consideração o meu trabalho como investigador científico para descobrir algumas das verdades sobre a

terapia fui tomando uma consciência maior da separação entre essas duas funções. Quanto melhor terapeuta eu me tornava, mais consciência ganhava de minha completa subjetividade quando exercia melhor essa função. Mas ao tornar-me um melhor investigador, sentia um embaraço crescente perante a distância entre minha objetividade rigorosa como cientista, e a minha subjetividade quase mística como terapeuta.”(ROGERS, 2001 a; p 229).

Para resolver tal conflito, Rogers decide observar mais detidamente as peculiaridades e características desses diferentes posicionamentos que tinha perante o mesmo objeto, para enxergar a natureza dessa diferença. Faz, portanto, uma tentativa de harmonizar e acomodar estas posições e estas vivências escrevendo um artigo sobre o fato, e colocando que vive nesse sentido uma “vida dupla”. Apresenta o problema como se dois protagonistas diferentes vivessem tal posicionamento: dois eus distintos. Como terapeuta, descreve sua aproximação com a terapia/ aconselhamento como uma *experiência pessoal*:

“Entro na relação, não como um cientista, não como um médico que procura diligentemente o diagnóstico e a cura, mas como uma pessoa que se insere numa relação pessoal. Enquanto eu olhar para o cliente como um objeto, ele tenderá a tornar-se apenas um objeto... Abandono-me ao caráter imediato da relação, a ponto de ser todo meu organismo, e não simplesmente minha consciência, que é sensível à relação e se encarrega dela. Não respondo de uma forma planejada ou analítica, mas baseio minha reação na minha sensibilidade total orgânica a essa outra pessoa” (ROGERS, 2001 a; p 230).

Como cientista aproxima-se desse objeto com um distanciamento que o permite enxergar e compreender relações e detalhes não perceptíveis anteriormente, mas que não permite captar as minúcias, a vivacidade e a intensidade desse processo. É uma aproximação que reduz o objeto a algumas qualidades mais gerais e mais fortemente notáveis.

“Ao abordar os fenômenos complexos da terapia com a lógica e os métodos da ciência, a finalidade é trabalhar para uma compreensão dos fenômenos, que na ciência significa um conhecimento objetivo dos acontecimentos e das relações funcionais entre

eles. A ciência pode proporcionar igualmente a possibilidade de uma maior previsão e controle desses acontecimentos, mas isso não é um resultado necessário da investigação científica... A investigação científica não nos permite descrever uma verdade absoluta, mas apenas descrever as relações existentes entre acontecimentos observáveis... A descrição científica das relações terapêuticas torna-se, contudo, cada vez menos semelhante aos fenômenos tais como eles são vividos". (ROGERS, 2001 a; 235).

Rogers percebe a confusão e contradição conceitual em que se meteu e tenta ainda uma solução intermediária, sem abrir mão dos pressupostos, objetivos e conseqüências de apoiar-se nesses dois posicionamentos ao mesmo tempo. Percebe que a ciência positivista ocupa-se do outro como um objeto (separado de si) e não vê-se inserida na realidade que estuda e analisa; discute até o quanto isso pode ser pernicioso (possibilidade de controle e manipulação das pessoas), ou irrelevante para o domínio da experiência, mas não se desvencilha dessa forma de fazer ciência e não discute não o quanto essa visão de sujeito da ciência separado do objeto, é epistemologicamente questionável.

Não se insere radicalmente em uma posição fenomenológico-existencial, assumindo as suas conseqüências na análise dos objetos da realidade, nem assume radicalmente uma postura positivista, pois essa não consegue explicar a complexidade, o dinamismo, a singularidade, o perspectivismo e a multifacialidade dos fenômenos humanos.

Mesmo dentro desse dilema, Rogers ainda defende a ciência como um instrumento para se chegar à verdade. Mas que verdade se o mundo é visto a partir de horizontes culturais e subjetivos distintos?

Tenta solucionar seu conflito mostrando a utilidade, ainda que relativa do olhar e do distanciamento científico para a qualificação do relacionamento interpessoal de ajuda; e para juntar essas duas visões de mundo, tenta mostrar o caráter pessoal, necessariamente interessado, ideológico, perspectivista, e não neutro da ciência. Contudo, para resolver seu problema, Rogers, como sempre, trata tal dimensão valorativa muito sob a ótica individual, ou seja, como um resultado da subjetividade do cientista, e não discute, portanto, a dimensão necessariamente social, institucional, política, histórica, cultural e contextual desses interesses e valores científicos.

“A ciência é feita por pessoas. Qualquer projeto científico tem seu impulso criativo, o seu processo, a sua conclusão provisória, numa pessoa ou em um grupo de pessoas. O conhecimento, mesmo o científico, é aquele que é subjetivamente aceitável e só pode ser comunicado àqueles que estão subjetivamente preparados para receber sua comunicação. O desenvolvimento e utilização da ciência se dão por meio de pessoas que procuram fins, valores e objetivos que significam alguma coisa pra elas... É no seio da experiência imediata, pessoal e subjetiva, que toda ciência e que toda investigação têm sua origem”(Rogers TP, p247, 248)

Ciente de que a ciência é uma atividade humana, sua dimensão ética é inevitável e imperativa. A ciência tem que tomar decisões a todo o momento (desde *o que* estudar, *como* estudar até mesmo *o que fazer com os resultados* e conclusões encontrados), que interferem na vida de outras pessoas. Ela é uma atividade inerentemente social e tem interesses e conseqüências sociais. É interessante notar o quanto Rogers percebe essas dimensões, mas não discute as conseqüências das determinações histórico-sociais e até políticas da prática científica. Ele se aproxima “de leve” desses assuntos, mas não aprofunda tais aspectos do problema, voltando-se sempre para uma recorte focado no indivíduo.

Apesar de sua preocupação com o rigor de suas afirmações e investigações, uma clara e explícita não neutralidade teórico-conceitual caracterizam seu trabalho, e Rogers apresenta aos seus leitores aspectos tanto do homem, como do terapeuta e do cientista de forma alternada em seus escritos.

6.5. Posição de Rogers em relação ao seu tempo e cultura

Em diferentes momentos de sua obra, Rogers expõe seus posicionamentos críticos e suas inquietações com relação ao seu tempo e cultura. Foi um pensador que refletia sobre seu contexto histórico e principalmente sobre as diferentes exigências e influências da sociedade de sua época no comportamento e nas possibilidades de desenvolvimento do ser humano enquanto indivíduo.

Rogers representava a esquerda democrata de seu país e, como tal, se levantava veementemente contra o que considerava uma grande tendência expansionista, imperialista, belicosa, conservadora, retrógrada, autoritária, interesseira e desonesta que não contribuía para o avanço de uma concepção democrática (ainda que de acento

liberal), que pudesse fornecer as condições para o desenvolvimento autônomo das capacidades humanas.

Rogers considerava a sociedade de seu tempo, como em rápida mudança e transformação, e preocupava-se com os efeitos de uma sociedade tecnologicamente avançada: a impessoalidade das relações, a predominância da mentalidade de consumo (em todos os níveis), o poder exercido pela burocracia, e a criminosa indiferença pelo ser humano e pela natureza. Inquietava-se com o perigo da era atômica, e também com as potencialidades destrutivas e construtivas do conhecimento. Considerava urgente que o povo pudesse raciocinar, pensar e se posicionar frente aos diferentes problemas e desafios originados pela modernidade, pelo mundo capitalista e pelos rápidos avanços tecnológicos (perigos concretos à vida do homem na terra).(ROGERS, 2005 b, 2005 c).

Entendia como necessária uma revisão crítica dos valores e das formas de estabelecer relações na sociedade. Tinha apreensões com o desenvolvimento social e cultural de seu país; com o predomínio de certos agentes desumanizadores, cerceadores de liberdade e do crescimento humano, obstáculos à criatividade, controladores e padronizadores, que ele percebia na vida norte americana.

“A parcela da cultura ocidental que se desenvolveu nos Estados Unidos parece estar em processo de declínio e decadência. Há uma profunda descrença e ceticismo dos cidadãos no processo democrático, nos administradores e no governo, bem como uma desconfiança profunda do governo em seus cidadãos. Os direitos civis deixaram de ter uma importância vital. Caminhamos firmemente para um regime militar onde a força é a autoridade suprema. A fraude, a mentira, a invasão criminosa da vida privada, o desrespeito à lei, o policiamento constante, o tormento e a prisão de dissidentes, têm sido a política utilizada no controle do povo. Nossa política externa também indica um posicionamento totalitário. Guerras declaradas e não declaradas, bombardeio de povos indefesos, sem qualquer consideração por seus direitos humanos é considerado um meio adequado de atingir fins interesseiros ou utilizado em nome da “Paz”... As demais instituições sociais, como a igreja, família, e sistema de ensino também encontram-se em decadência. O sistema de ensino está ossificado e não supre as necessidades sociais. A inovação é sufocada e os inovadores oprimidos... é provável que nossas escolas sejam mais prejudiciais do que benéficas ao desenvolvimento da personalidade e exerçam uma influência negativa sobre o pensamento criador... Os esforços para exterminar a pobreza

estão sendo eles próprios exterminados... Temos todos os motivos para duvidar da sobrevivência e da consistência de nossa cultura”.(ROGERS, 2005 b; p211).

Considerava que um dos grandes problemas da sociedade de seu tempo, principalmente da norte-americana, era a escassez de criatividade. Julgava que a educação formal proposta pela rede de ensino tendia a formar indivíduos conformistas, estereotipados, em vez de pensadores livres e originais. Também pensava que, no lazer, as distrações passivas e organizadas coletivamente predominavam sob atividades criadoras, e nas ciências havia abundância de técnicos, mas o número dos que realmente levantavam hipóteses novas e formulam teorias fecundas era muito reduzido; já nas indústrias, a atividade mais criativa era reservada a bem poucos, ficando a vida da maioria desprovida de qualquer esforço criativo. Rogers sempre defendeu a importância de que as forças, o potencial e as características individuais, não fossem massacrados e dominados pelas forças coletivas. Era um defensor da liberdade individual e do pleno desenvolvimento das potencialidades e possibilidades individuais.(ROGERS, 2001 a; p 404).

Rogers opunha-se também a todas as instituições demasiado rígidas, estruturadas e burocráticas. Estava convicto de que estas deveriam existir para servir às pessoas e não para sufocá-las. Não considerava necessário respeitar a ordem pela ordem, a norma pela norma, as leis em nome da necessidade de se ter leis. Questionava, assim, todos os aspectos da estrutura formal e os descartava como desnecessários, a menos que servissem a alguma finalidade humana. Questionava todo o tipo de rigidez, pois acreditava que a inflexibilidade não servia ao ser humano em processo de transformação (ROGERS, 2005 b; p217).

Na década de 1970, Rogers observou que a psicologia humanista poderia e deveria contribuir também para diminuir os efeitos desumanizadores da indústria moderna e empenhar-se em construir ambientes de trabalho mais humanos. Posicionou-se contra a *reificação* do homem na sociedade tecnológica e propôs mudanças no sentido das instituições (instituições que incorporassem um sentido social e pessoal). Suas sugestões, contudo, frequentemente foram vistas como idealistas, ingênuas e até simplistas (principalmente por teóricos de outros países), porque pautadas e centradas sempre em *aspectos psicológicos* dos indivíduos e dos coletivos envolvidos, em mudanças de valores e no processo de comunicação interpessoal; não se ocupando e analisando as dimensões macro estruturais, sociais e culturais envolvidas nos problemas.

Veio a se confrontar também de forma importante, com os inúmeros e complexos procedimentos propostos nos cursos acadêmicos de graduação e pós-graduação em psicologia clínica, para se conhecer e se entender *a respeito* dos indivíduos (testes, medidas, entrevistas diagnósticas, questionários, inventários, anamneses e observações) e foi igualmente contra todos os procedimentos de profissionalização da profissão de psicólogo clínico e social. Posicionava-se de forma mais abrangente contra o *corporativismo*, contra a carapaça técnico-burocrática existente na sociedade moderna. Não considerava que o credenciamento profissional fosse relevante, que melhorasse a qualidade dos serviços prestados. Tinha aversão pela formalização de procedimentos, pela institucionalização e enrijecimento provocados por esta forma de ver a profissão: títulos, cursos, horas/aula ao invés de pessoas. Questionava toda a superestrutura criada para manter o *status quo* e o poder das categorias profissionais. Considerava que se perdia o bom senso em nome de regras e normas vazias.

“Se abolíssemos o perito, o profissional credenciado, o psicólogo com registro, poderíamos expor a profissão a uma lufada de ar fresco e a uma onda de criatividade, tais como há muitos anos não conhecemos.”(ROGERS, 2005 b; p174).

“Gostaria de ver toda essa energia que dedicamos a normas de registro, a processo de qualificação, a leis de regulamentação e a exames escritos e orais reencaminhados para ajudar o desenvolvimento de psicólogos clínicos, de psicólogos sociais e monitores de grupos, com o objetivo de torná-los tão eficazes, tão dedicados ao bem estar humano, que venham a ser preferidos àqueles que são realmente carentes de qualificação, que ou não possuem credenciais no papel.”(ROGERS, 2005 b; p175).

Como forte representante da ala mais progressista entre os democratas, Rogers fez uma crítica mordaz aos grupos considerados por ele conservadores e “de direita”, interessados principalmente no crescimento financeiro e na conservação de padrões e valores tomados sempre como absolutos e imutáveis. Questionava essas grandes certezas e verdades dogmáticas defendidas por eles, opostas à liberdade de pensamento. Considerava tais atitudes, posturas e posicionamentos como muito perigosos, pois geradores de um tipo de estrutura rígida e autoritária, onde os indivíduos não poderiam se movimentar plenamente. Acentuava os aspectos contraditórios e incoerentes da cultura americana vigente em sua época (ex: dar valor ao indivíduo, mas querer controlá-lo em

sua liberdade). Ponderava que tal movimento acabava por eliminar o debate nas escolas.(ROGERS, 1985 a; p21).

“A aceitação da diversidade de valores, de estilos de vida e de opiniões constitui o âmago do processo democrático, embora não tenha mais lugar nos EUA. Assim, as pessoas certamente serão reprimidas, se possível pelo próprio governo e pelas forças da tradição. Essas forças repressivas são encontradas na sua mais pura essência na extrema direita política, mas em todos nós existe um pouco do medo do processo e da mudança”(ROGERS, 2005 c; p132).

Empenhava-se em resgatar o valor da liberdade do indivíduo como valor fundamental, e lutava contra o que considerava autoritarismo e contra todas as formas de cercear a liberdade de indivíduos e grupos (defendendo especialmente a liberdade de expressão, de ser si mesmo, de poder crescer e se desenvolver – valores da democracia liberal). Exemplificava o perigo da falta de liberdade criticando firmemente o *“movimento macarthysta”* de sua geração, que rotulava como *comunistas* e perseguia todos os que não apoiavam as opiniões do senador McCarthy. (ROGERS, 1985 a; p22).

Denunciava, enquanto teórico, diferentes formas de opressão social visíveis em sua sociedade (norte-americana), e todas as tentativas de forçar o indivíduo a se encaixar em um esquema, em uma estrutura fixa ou sistema. Condenava qualquer tentativa de massificação, de adequação, de formatação, modelagem, conformação, adaptação forçada e não conquistada por interesse e necessidade própria.

“A aceitação da diversidade de valores, de estilos de vida e de opiniões, constitui o âmago do processo democrático, embora não tenha mais lugar nos Estados Unidos.”(ROGERS, 2005 c; p132).

Porém sua perspectiva de análise, nunca foi mais abrangente (analisando aspectos estruturais da sociedade – perspectiva sociológica), mas sempre foi *“psicologizante”*, ou seja, estava focada em sentimentos, vivências, significações pessoais e na liberdade e auto-determinação individual. Contudo, apesar de ter uma análise bastante restrita em relação à complexidade de dimensões que existiam nos problemas sociais e políticos de seu tempo, a abordagem terapêutica de Rogers foi considerada ameaçadora e perturbadora por diferentes grupos de sua geração, recebendo diversas críticas de

políticos e acadêmicos de seu tempo. Para Rogers, isto se devia ao fato de a Abordagem Centrada na Pessoa, recuperar ideais e valores democráticos que estavam sendo sufocados e restringidos por outros interesses dominantes.

6. 6. Trajetória de uma Abordagem

6.6.1. Preocupações, motivações e interesses na construção de sua abordagem teórica

Desde o início de sua carreira profissional Rogers ocupou-se em tentar desvendar, entender e esclarecer *a experiência* e o *processo terapêutico* de ajuda interpessoal em suas diferentes formas, características e elementos intrínsecos (tanto o aconselhamento como a psicoterapia), ou seja, ocupou-se em tentar organizar teoricamente essa experiência, buscando abarcar todos os elementos envolvidos nesse processo vívido, nesse encontro interpessoal, dominando todos as suas nuances, bem como seus elementos gerais e abrangentes.

“Minha preocupação está em decifrar esta experiência de uma relação terapêutica, situá-la em algum marco referencial intelectual, e construir conceitos que a possam abarcar e explicar.”(ROGERS, 1981; p15).

Nesse sentido, buscava compreender quais os elementos, contornos e componentes de um encontro interpessoal ou uma determinada relação humana, que fazem com que possa ser chamada de *terapêutica*, ou considerada *de ajuda para o outro*; que tipo de encontro pode contribuir para que as pessoas identifiquem problemas, limitações e obstáculos e possam descobrir recursos internos e externos para superar esses obstáculos e resolver problemas, quais são as características de um processo que possa ser de crescimento para outra pessoa.

“O que é essencial para ajudar pessoas com problemas? O que podemos aprender com anos de experiência em aconselhamento e psicoterapia a partir das gravações de entrevistas? Como se explicam os fracassos? Como se explicam os sucessos? Em que condições e situações eles ocorrem? Quais foram as conquistas e desilusões observadas na investigação minuciosa do material gravado?”(ROGERS, 1981;p30).

Ciente de que diversas modalidades teóricas de processos terapêuticos promovem igualmente mudanças importantes na personalidade e no comportamento humano, Rogers se concentra não em estudar as causas e a origem das patologias emocionais e sociais existentes, nem em classificar e distinguir os tipos de problemas mais prevalentes e suas características comuns, nem mesmo busca entender quais são as características individuais (sexo, faixa etária, especificidades cognitivas e afetivas, nível de educação...) que interferem na resolução dos diferentes problemas existentes, nem mesmo quais são os contornos dos contextos aonde estes indivíduos se inserem (múltiplos determinantes contextuais) que interferem na mudança de personalidade; mas se concentra especificamente em conhecer as *características* de um *processo terapêutico* e de uma *relação interpessoal promotoras de crescimento* e desenvolvimento pessoal.

“Toda orientação teórica pode ajudar os seres humanos. Sua conduta muda, freqüentemente em direção a uma melhor adaptação e satisfação com eles mesmos. Mas, o que se passa exatamente em uma terapia / aconselhamento exitosos?” Quais são os processos psicológicos pelos quais se produzem mudanças nos indivíduos? É possível discernir algumas generalidades (descrever de forma objetiva e cientificamente exata) o processo que ocorre de forma geral nos clientes?” (ROGERS, 1981; p 123).

Seu objeto de estudo passa a ser os fatores que promovem a eficácia e os resultados positivos aos processos terapêuticos em geral, absorvendo os elementos básicos e essenciais que fazem de uma relação humana uma relação capaz de produzir crescimento, autonomia e transformação necessária para a realização dos fins individuais. Essa relação terapêutica em seus diferentes contextos passa a ser, portanto, a sua preocupação fundamental. Estuda, assim, trechos de entrevistas de aconselhamento e psicoterapia em distintos espaços sociais, analisando sua estrutura, postura do profissional, conteúdo abordado, foco, principais objetivos, resultados e reações do cliente.

“Quais são as características das relações que de fato ajudam e que de fato facilitam o crescimento? É possível definir as condições ou características que fazem com que certas relações não ajudem, ainda que tenham essa intenção?”(ROGERS,2001 a; p 47).

“Qual é a natureza do processo terapêutico? Quais são suas características intrínsecas, que direção ou direções ele adota, e quais são, se é que existem, os pontos de chegada desse processo?” (ROGERS, 2001 a; p 87).

Começa então a estudar o processo terapêutico realizado por diferentes abordagens teóricas, identificando *pontos comuns* e *constantes* que fazem desse processo, um processo terapêutico que produz mudança.

Inicialmente Rogers (2001 a; p47-51), faz um levantamento acurado de pesquisas e investigações que poderiam dar indicações das características mais relevantes de relações de ajuda consideradas efetivas (características que favorecem ou inibem o desenvolvimento do indivíduo): estudo sobre as atitudes de pais em relação aos filhos que mais promoviam o crescimento cognitivo-emocional e a maior independência dos filhos (BALDWIN, 1945); estudo sobre as atitudes e posturas de jovens médicos que obtiveram maior sucesso em seu trabalho com pacientes esquizofrênicos (WHITEHORN; BETZ, 1954, 1956); estudo sobre como a pessoa que recebe ajuda apreende a relação terapêutica, independentemente da orientação teórico-técnica dos psicoterapeutas, ou seja quais os principais fatores considerados benéficos ou desfavoráveis (HEINE, 1950); estudo sobre características e atitudes similares e êxitosas, existentes em terapeutas experientes de diferentes orientações teóricas (FIEDLER, 1953); estudo sobre o que se deve entender por compreensão das significações, pensamentos e sentimentos do cliente (QUINN, 1950); estudo sobre a qualidade afetiva da relação terapêutica (SEEMAN, 1954); entre outros.

Entre os estudos levantados, Rogers destaca a pesquisa de Fred Fiedler (1950), que mostrou que terapeutas experientes de diferentes escolas eram mais parecidos entre si, em sua prática, do que com aqueles menos experientes de suas próprias escolas de pensamento. Isto mostrava o quanto as características *da relação*, da estrutura e dinâmica do processo, interferiam de forma mais relevante no sucesso terapêutico do que as diferentes leituras e interpretações teóricas. Percebeu que o *terapeuta experiente* era sempre mais sensível aos sentimentos e pensamentos do cliente, enquanto que o menos experiente tendia a divagar em torno de seus próprios interesses e preocupações. Esse estudo apoiava a idéia de que talvez fosse interessante lançar luz não sobre as diferenças entre as linhas teóricas, mas sim sobre as características do próprio relacionamento terapêutico (e sobre a importância da qualidade desse relacionamento).

Dadas as limitações percebidas por Rogers em sua prática clínica, com relação ao método diretivo de abordagem terapêutica e dado seu uso corrente na época, decide analisar cuidadosamente as principais características, procedimentos e posturas da abordagem diretiva (sua concepção, valores e objetivos e resultados), bem como suas possibilidades e limites.

“O fracasso em abordagens mais diretivas e baseadas no conhecimento intelectual de modos de vida considerados mais satisfatórios, me forçou a reconhecer que a mudança parece surgir por meio da experiência em uma relação”. (ROGERS, 2001 a; p37)

Da mesma forma, um estudo de Heine (1950), mostrava que clientes que receberam ajuda de profissionais experientes de diferentes orientações teóricas verificaram em si mesmo análogas transformações pessoais, e estavam de acordo com os principais fatores considerados benéficos na relação de ajuda que receberam: confiança no terapeuta; o fato de terem se sentido compreendidos por ele; o sentimento de independência que tiveram ao fazer opções e tomar decisões; e a atitude do terapeuta de clarificar e exprimir abertamente o que o cliente abordara vagamente e com hesitação. Entre as atitudes desfavoráveis estavam: a falta de interesse, uma atitude distante do terapeuta, conselhos diretos, precisos e fechados (conselhos dados apenas como sugestões, não eram vistos como desfavoráveis nem favoráveis).

Rogers acaba chegando à conclusão de que as relações de ajuda eficazes têm características diversas das que não o são. Estas características dizem respeito principalmente às atitudes da pessoa que ajuda, por um lado, e à percepção da relação por aquele que é ajudado. Compreendeu que nenhuma abordagem baseada apenas no conhecimento intelectual, no treinamento (adestramento), e na aceitação de algo pronto e pré-definido que é ensinado se mostra útil ao crescimento e a real mudança de atitude em relação à vida (tem pouco resultado efetivo).

Aos poucos começa a delinear uma ordem subjacente a todas as relações humanas, uma ordem que determina quando é que a relação se processa no sentido do crescimento, do aperfeiçoamento, da abertura, da maturidade dos indivíduos ou, pelo contrário, quando contribui para a inibição do desenvolvimento psicológico, para a formação de atitudes defensivas e para a elevação de barreiras por ambas as partes.

6.6.2. Desmistificando o processo terapêutico

Ao colocar o *processo terapêutico* como alvo de análise e avaliação em seus diferentes componentes e em seu dinamismo, ou seja, não focando no indivíduo com problemas, mas sim na própria proposta de ajuda desenvolvida pelos profissionais, faz com que muito do mistério, do hermetismo, da obscuridade e dos enigmas aparentemente envolvidos nessa prática sejam expostos, exibidos e resolvidos.

Nesse sentido, a proposta de Rogers provoca um movimento de *desmistificação* da prática terapêutica e da figura do psicólogo, do psiquiatra, do psicoterapeuta e do aconselhador.

“A terapia centrada no cliente modificou para sempre a política da terapia e das relações de ajuda, através da gravação e publicação de entrevistas terapêuticas gravadas. As operações misteriosas e desconhecidas do terapeuta, estão agora bem evidentes para todos verem. Isso permitiu que uma brisa de ar puro e de senso comum impregnasse o mundo terapêutico. O indivíduo é capaz de, pelo menos, escolher a linha terapêutica que lhe pareça mais apropriada” (ROGERS, 2005 c; p 16).

Rogers expõe as fraquezas e debilidades e também o funcionamento interno dos “feudos elitizados e inacessíveis” de algumas correntes e abordagens terapêuticas existentes naquela época, que eram acessíveis apenas a algumas categorias profissionais e carregadas de muitos mistérios e da aparência de profunda complexidade em sua prática profissional. (ROGERS; 2005 c).

“A psicologia humanista serviu para desmistificar a natureza da terapia. Tanto a teoria quanto a prática da mudança terapêutica deveriam ser tornadas públicas, de modo que esse conhecimento possa ser compartilhado tanto pelo paciente como pelo terapeuta. Obviamente, este é um procedimento muito “não profissional”, pois desfaz-se da autoridade, do segredo e da inquestionabilidade do curandeiro e do terapeuta profissional, e dá essas coisas para o paciente. Não se considera, portanto, que o centro da ação terapêutica esteja nas decisões do terapeuta, mas nas do paciente”(ROGERS, 2001 b; p16).

Rogers fez questionamentos e críticas a algumas das práticas terapêuticas mais respeitadas em sua época, tais como a psicoterapia comportamental e a psicanálise.

Argumentava que ambas, de formas diferentes, enxergavam o indivíduo absolutamente determinado e condicionado por forças externas e internas, presentes e passadas, e desenvolviam uma prática terapêutica que também, de modo distinto, colocava a maior parte da responsabilidade, do poder e da capacidade para a resolução dos problemas, nas mãos do terapeuta, cercando-o de uma condição de poder, de sabedoria, e de força, desigual ao paciente/cliente.

Ao mesmo tempo, propunha uma nova abordagem centrada - na - pessoa, que alterava drasticamente o relacionamento terapeuta-paciente, em relação à forma como era concebido anteriormente. O terapeuta se tornava *colaborador* e *facilitador* para a mudança (proporcionando condições favoráveis para o crescimento individual), mas não era o *criador* dessas mudanças. Esta abordagem questionava a profunda *tecnificação* da relação terapêutica em detrimento das pessoas envolvidas, e colocava a autoridade final nas mãos do cliente, seja em coisas pequenas, tais como a correção da resposta do terapeuta, seja em grandes decisões, como qual direção seguir na própria vida. Assim, atacava violentamente o poder do profissional.

Isto porque se baseava na premissa de que o ser humano era digno de confiança, capaz de avaliar sua situação externa e interna, compreender a si mesmo e ao seu contexto, fazendo escolhas construtivas.

Dado que no início de sua carreira profissional (década de 1940), era considerado completamente inaceitável que um psicólogo fizesse ou teorizasse sobre psicoterapia (campo ainda dominado pela medicina), Rogers inicia seus trabalhos estudando a prática de aconselhamento, apesar de já estudar também a prática psicoterapêutica. Apenas quando ele acumulou um número considerável de dados de pesquisa sobre ambas as situações, que assumiu abertamente que falava também de psicoterapia (ROGERS, 2001 b).

Suas proposições, descobertas e investigações foram durante anos combatidas veementemente pelos diferentes grupos defensores de outras abordagens e posturas mais diretivas, que se sentiam confrontados por essa proposta e que a consideravam simples demais para a resolução de problemas complexos. De fato, o que mais foi considerado inaceitável e esdrúxulo foi a exposição acessível e direta de Rogers sobre algumas condições para a relação terapêutica, consideradas por ele como *suficientes* para a mudança, resolução de conflitos e para o crescimento individual; mais que isso, concentrava no próprio relacionamento terapêutico, e não no saber do profissional, os elementos necessários para a superação dos processos psicopatológicos. Além do mais,

tudo isso era ainda justificado com amplo e aberto estudo empírico, colocando em cheque os complexos posicionamentos dominantes em sua época na área da psicologia e medicina.

“Diversas vezes e em diferentes lugares, psicólogos, terapeutas e pedagogos atacaram meus pontos de vista com críticas cheias de violência. Os psiquiatras viam na minha maneira de trabalhar uma grande ameaça aos seus princípios mais queridos e inquestionáveis” (ROGERS, 2001 a; p17).

“Sei que falo para uma minoria de psicólogos. A maior parte deles, cujos interesses se podem indicar por termos tais como estímulos-resposta, teoria da aprendizagem, condicionamento operante – estão de tal maneira comprometidos em ver o indivíduo unicamente como um objeto, que aquilo que tenho para dizer os desorienta, se é que não os irrita. Sei também que falo para um número pequeno de psiquiatras. Para muitos deles, talvez para a maioria, a verdade sobre a psicoterapia já foi proclamada há muito tempo por Freud e não estão interessados em novas possibilidades, além de desinteressados ou contrários a investigações neste campo. Sei igualmente que me dirijo a uma parte do grupo divergente dos que se intitulam a si mesmo terapeutas. A maior parte desse grupo interessa-se, sobretudo por testes e medidas de previsão e por métodos de orientação” (ROGERS, 2001 a; pXXI).

6.6.3. Ampliação do campo de ação

A história do desenvolvimento da abordagem teórica de Rogers é marcada por um movimento constante de ampliação de seu campo de investigação e de aplicação dos conceitos. Apesar de iniciar suas investigações sobre as características e os elementos fundamentais de um processo terapêutico efetivo (que possibilite o crescimento do indivíduo e de sua capacidade de solucionar problemas), amplia aos poucos seus estudos para todas as relações interpessoais consideradas de ajuda e posteriormente para o estudo das relações humanas em geral, capazes de promover crescimento interpessoal.

“Meu interesse pela psicoterapia, gerou interesse por toda espécie de relação de ajuda. Entendo por esta expressão, uma relação na qual pelo menos uma das partes procura promover na outra: crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhor

funcionamento, capacidade para resolver problemas específicos, maior capacidade para enfrentar a vida. A relação de ajuda pode ser definida como uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão, uma maior compreensão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes no indivíduo, e uma maior capacidade de identificação e uso de recursos do ambiente”.(ROGERS, 2001 a; p 46).

Assim, começa a preocupar-se não apenas com a temática das relações terapêuticas, mas com o que faz com que qualquer relação humana seja terapêutica. Por isso, passa a incluir como objeto de estudo outras situações humanas de relacionamento que poderiam propiciar crescimento pessoal (relações familiares, relações educativas, relações em empresas e organizações, relações intragrupais, outras relações de atendimento clínico, como as relações humanas entre médico e pacientes, entre outras).

“Perguntei diversas vezes a mim mesmo, como é que nossas descobertas no campo da psicoterapia, poderiam se aplicar às relações humanas em geral” (ROGERS, 2001 a; p391).

Tem como hipótese maior a idéia de que as leis e elementos que orientam e condicionam as relações terapêuticas são semelhantes às de todas as outras relações humanas. Da mesma forma, começa a interessar-se pelo que significa crescer e se desenvolver enquanto pessoa, ou seja, no que está implicado o desenvolvimento da personalidade e o que significa uma maior maturidade emocional, cognitiva e social. Passa a discutir e investigar, o que significa *“tornar-se pessoa”*, o que significa *ser realmente o que se é* (dentro de uma visão fenomenológica existencial e humanista), o que significa *ter uma vida boa*, ou o que seria uma *pessoa em pleno desenvolvimento*, e qual a meta de um trabalho terapêutico que respeite e o indivíduo enquanto pessoa.

Portanto, se na década de 1930 e 1940 Rogers ainda está muito limitado ao estudo da abordagem diretiva e não diretiva de aconselhamento e orientação individual (possibilidades, limites e resultados de ambas) e das características de uma relação focada no cliente enquanto pessoa integral, na década de 1950 propõe uma nova forma de conceituar e efetuar uma ajuda psicológica focada nas condições suficientes e essenciais de um relacionamento facilitador de crescimento. Na década de 1960 já ampliava suas investigações e interesses para o campo dos grupos, das relações familiares e da relação

educativa. Finalmente, em 1970 e 1980 lançava-se a considerações e investigações no campo das relações sociais mais abrangentes (condições facilitadoras para resolução de tensões entre grupos sociais em conflito e entre grupos políticos e culturais distintos).(ROGERS, 2005b).

Esta expansão “sem limites” de interesses e de campos de aplicação para suas idéias sobre o relacionamento humano foi alvo de inúmeras críticas e questionamentos, pois Rogers, considerando que estava tratando de uma temática da ordem do humano, avaliou que estava estudando elementos universais e gerais, que poderiam pela sua própria natureza, ser estendidos a diferentes situações sociais.

“Acredito profundamente, embora essa crença assuma apenas um caráter hipotético, que a filosofia das relações interpessoais que ajudei a formular, se aplica a todas as situações que envolvem pessoas. Acredito que seja aplicável à terapia, ao casamento, à pais e filhos, ao professor e aluno, à classe alta, à classe baixa, ao relacionamento de pessoas de raças e culturas diferentes. Sou suficientemente arrojado para acreditar que ela possa ser útil inclusive em situações que atualmente se encontram sob o domínio do exercício do poder arbitrário, ou seja na política e especialmente nas relações inter nações.”(ROGERS, 2005 b; p 208).

Contudo, apesar de trazer elementos relevantes para qualificar essas diferentes situações sociais, Rogers faz uma abordagem estritamente psicológica de problemas que têm dimensões múltiplas e, dessa forma, acaba por simplificar de forma significativa a leitura e a resolução de problemas complexos. Tanto no campo da educação como no campo da resolução de conflitos políticos e sócio-culturais; Rogers centra-se apenas nos elementos relacionais, éticos, e comunicacionais desses contextos, no processo ocorrido, e nas atitudes envolvidas: a compreensão mútua, a autenticidade, a liberdade de expressão e o respeito interpessoal.

Uma das características marcantes de Rogers, que também foi fonte de algumas das maiores críticas que recebeu, foi o fato de ele enxergar a realidade principalmente por suas similaridades e não pelas suas diferenças, buscava sempre o que era mais geral e universal (para além do culturalmente específico), buscava o que tinha de coletivo, no indivíduo; mas não se detinha a distinguir as particularidades e variáveis diferenciais presentes em cada uma das situações estudadas e como elas interferiam na determinação e configuração desses contextos (ROGERS; 1985 a). Dessa maneira, andou também na

contramão de várias discussões teórico-científicas emergentes, que cada vez mais de se ocupavam do pensamento complexo, da junção de fatores, e em sempre analisar de forma conjunta as múltiplas causas, determinações e conseqüências históricas, sociais e culturais dos temas tratados.

“Um amigo psicanalista, Paul Bergman, escreveu que ninguém tem mais do que uma idéia seminal na vida. Todos os escritos dessa pessoa são explicitações desse único tema. Concordo com ele e acho que minhas produções podem ser assim entendidas”.(ROGERS, 2005 c; p23).

6.7. Concepção da natureza humana

Entre os valores e princípios considerados determinantes na construção de seus construtos teóricos e na direção dada à sua abordagem terapêutica, podemos destacar suas hipóteses e proposições sobre a natureza humana.

6.7.1. Centralidade e Autoridade da experiência subjetiva

Inserido em uma perspectiva fenomenológica *subjetivista*, Rogers descreve e apresenta o mundo privado e individual como um “*campo fenomênico*”, ou como um “*campo experiencial*”, que inclui tudo que é percebido, experimentado, valorado e significado por cada organismo humano particular; sejam estas experiências e significações conscientes para o indivíduo ou não.

Rogers admite que muitas das experiências, percepções, representações e sensações vividas no cotidiano histórico e social de cada pessoa, não são vividas de forma consciente, ou seja, não são simbolizadas; mas reconhece, que grande parte dessas experiências são acessíveis à consciência e podem fazer-se presentes e ser simbolizadas em caso de necessidade.

Este mundo percebido, este universo interpretado e este *campo experiencial* é singular e próprio de cada indivíduo, ainda que absolutamente mutável, inconstante e dinâmico. Embora exista um universo cultural e histórico de interpretações comuns, onde os vários indivíduos se inserem e podem se comunicar e se entender (de onde cada indivíduo parte para interpretar e vivenciar a vida), cada indivíduo em particular é um “campo de forças singular”, uma “multiplicidade única”, constrói traços e desenhos

específicos, uma configuração, um arranjo, uma composição e síntese própria sobre si e sobre o mundo (ainda que em movimento), ou seja, vive a partir de um *mapa perceptual* específico que nunca é a realidade objetiva, mas a maneira como conseguiu significar, sentir e valorar esta realidade. (ROGERS, 1981).

“Cada percepção é uma hipótese relacionada com as necessidades do indivíduo (uma interpretação) e estas se submetem diferentes vezes à prova da experiência... O mundo perceptual chega a integrar-se uma série de hipóteses provadas em algumas experiências de vida e que proporcionam segurança (mesmo que seja equivocada a tentativa de generalizá-las para outras situações pessoais)... Adquirem certa previsibilidade da qual dependemos. Sempre existem também, percepções que não foram postas à prova e podem ter tanta autoridade como as que foram provadas”. (ROGERS, 1981; p 413).

Não é possível acessar tal universo particular e pessoal, a não ser que o próprio indivíduo nos comunique as diversas nuances dessa vivência. De outra forma, sempre compreenderemos as outras pessoas *estritamente* a partir de nosso próprio ponto de referência, nosso próprio universo perceptivo e valorativo.

“Todo o indivíduo vive em um mundo continuamente mutável de experiências do qual ele é o centro. Este mundo privado do indivíduo só pode ser conhecido em sentido genuíno e completo pelo próprio indivíduo... O indivíduo é o único que pode saber como foi percebida uma experiência. O mundo da experiência é um mundo privado para cada indivíduo... O organismo humano reage a tal campo perceptual tal como o experimenta e percebe. Este campo é para o indivíduo, a realidade”. (ROGERS, 1981; p410-411).

Sendo assim, nossas reações frente ao mundo concreto que nos cerca, e frente às experiências da vida, não são reações a uma realidade objetiva, mas à percepção que temos de tal realidade. Essa percepção (que também é alterável) é, em cada determinado momento singular, a nossa realidade. Dependendo das experiências cognitivas, afetivas e sócio-culturais anteriores, e dependendo de nossa própria estrutura cerebral e física, cada um reage e percebe de uma forma específica as situações da vida. Para os fins de compreensão dos fenômenos psicológicos, a realidade é basicamente o mundo privado das percepções mutantes do indivíduo (que se constrói e se altera continuamente na

relação com o mundo), ainda que para fins sociais a realidade consista nas percepções que têm um alto grau de generalidade e comunicabilidade entre vários indivíduos. (ROGERS, 1981; p412).

Contudo, para Rogers, apesar de sempre acessarmos o mundo do outro a partir de nosso próprio ponto de referência, é possível uma aproximação significativa do universo perceptivo do outro pela via da linguagem e da comunicação, principalmente se tivermos a disposição pessoal de checarmos o valor e as significações com o outro, sem avaliá-las previamente e de forma definitiva pelo nosso referencial.

Cada indivíduo pode, portanto, comunicar sua percepção do mundo, e o outro pode ajudá-lo a simbolizar o mais adequadamente possível suas vivências, expondo as significações vividas e avaliando a consistência e as conseqüências, de tal percepção específica para sua vida pessoal. Dessa forma, os indivíduos podem compreender-se melhor nesse diálogo interpessoal (acessar e entender suas próprias significações), estimar limites, obstáculos e conseqüências, e alterar percepções e construções (sobre si e sobre o mundo) consideradas parciais, limitadas, equivocadas e que não ajudam a lidar com os problemas da realidade.

Apesar de não negar a construção social e histórica da subjetividade humana, esta visão de acento “solipsista”, tem o limite de colocar o centro de observação e análise somente na experiência subjetiva particular de cada um (o que não deixa de ter sua utilidade para uma determinada abordagem da subjetividade humana), e não na *necessária* relação intersubjetiva, que existe entre duas ou mais subjetividades (que se constituem a partir da co-presença e da diferenciação constante que fazem de si, na presença uma da outra).

Com este posicionamento, Rogers granjeia problemas e críticas específicas de diferentes autores, pois não se preocupa em analisar a dimensão coletiva (sócio-histórica), de interpretação da realidade onde cada indivíduo se insere, nem com uma análise de sua inserção social, ou de suas condições materiais de existência, nem em analisar de forma mais objetiva as implicações das conexões intrínsecas de cada pessoa como o mundo concreto em que vive. Não foca nas conexões, relações e inserções, a não ser a partir da ótica individual e subjetiva. Dessa forma, limita sobremaneira uma análise mais abrangente e complexa da situação e dos problemas de cada indivíduo.

Mesmo dentro de uma visão fenomenológica, alguns críticos de Rogers sugerem que este precisa evoluir de uma visão *subjetivista* dos fenômenos, para uma concepção de homem, enquanto “ser-no-mundo” e, como tal, como um fenômeno em mútua

constituição com o mundo. (MOREIRA, 1993). Alguns críticos lembram que na perspectiva existencialista, o indivíduo não é visto como o *centro* para o qual se dirigem todas as atenções, uma vez que para poder encontrar o seu significado, ele precisa sempre transcender-se, projetar-se fora de si mesmo. É, portanto, sempre um *projeto de vida*, um projetar-se, isto é, o indivíduo não está fechado em si mesmo.

Contudo, podemos dizer que em uma abordagem individual do ser humano, tanto uma avaliação de ordem mais objetiva, sobre aspectos sócio-culturais da situação individual, como uma avaliação que leve em consideração elementos de ordem subjetiva e singular (mesmo que alcançados intersubjetivamente), são necessárias a uma melhor apreciação, apropriação e manejo de realidades individuais.

6.7.2. Ser em Processo (vir a ser)

O ser humano não é visto por Rogers como uma constância, uma essência, uma mesmidade, uma subjetividade estática, mas como um “campo experiencial singular em movimento”, um “vir a ser” constante, um “devir”, um tornar-se, um ser que faz a si mesmo a partir de uma natureza dada, que aperfeiçoa-se e transforma-se a partir de capacidades existentes e adquiridas. Cada sujeito é uma permanente atualização de potenciais e possibilidades descobertas e já existentes, é uma identidade em processo, mas como uma determinada direção.

Rogers não esclarece, o que significa exatamente esse “potencial” que cada um possui, nem mesmo o que é essa “direção evolutiva”, mas afirma que é algo inerente a toda a natureza humana (e claramente perceptível na clínica psicoterapêutica), e não o define como uma essência, pois é algo que se enxerga pelo movimento e pelas possibilidades múltiplas que podem ou não ser desenvolvidas na relação com o mundo e inclusive inibidas por causa dessa mesma relação. O que interessa a Rogers não é a essência, mais o processo dinâmico do indivíduo.

“A filosofia operacional de um indivíduo, seu conjunto de objetivos, não é uma coisa fixa ou imutável, senão uma organização fluida em desenvolvimento.”(ROGERS, 1981; p34).

“A vida é um processo que flui, que se altera a todo instante, onde nada está fixo. Dessa forma, não pode haver nenhum sistema fechado de crenças, nenhum campo imutável de princípios a que me agarrar. A vida é orientada por uma compreensão e por

uma interpretação variáveis de minha experiência. A vida é sempre um processo de devir”(ROGERS, 2001 a; p32).

6.7.3. Confiança no Indivíduo

Outro importante valor sobre a natureza humana, defendido por Rogers, é o fato dela ser merecedora de confiança e plena de valor e dignidade em si mesma. Um dos elementos mais relevantes e que servem de fundamento para sua visão de psicoterapia e relação de ajuda, é de que *pode-se e deve-se confiar* no indivíduo como um ser capaz de auto determinar-se, de auto compreender-se, de auto direcionar-se e de alterar seu comportamento de forma construtiva. Dessa forma, Rogers questiona a idéia de que o indivíduo (principalmente aquele que está emocionalmente perturbado, ou vivendo situações complexas) não tem condições para guiar-se sozinho e para seu próprio bem, precisa ser tutelado e direcionado por outra pessoa em condições melhores.

Vai diametralmente contra a idéia de que a natureza humana é essencialmente incontrolável, má e destrutiva, e considera, a partir de análise de suas experiências terapêuticas, que as atitudes destrutivas humanas são resultado de posicionamentos defensivos do indivíduo com relação à realidade. Comenta que, se a natureza humana fosse tão pouco confiável assim, então não haveria um homem sequer que pudesse ajudar a um outro, porque não se poderia confiar nos conselhos e sugestões de nenhuma pessoa.

“Nosso sistema educacional, nossas organizações industriais e militares e muitos outros aspectos de nossa cultura assumem o ponto de vista de que a natureza do indivíduo é tal, que não se pode confiar nele, ele deve ser guiado, instruído, recompensado, punido e controlado por aqueles que são mais sábios ou possuem status superior... Portanto a simples descrição da premissa fundamental da terapia centrada no cliente significa fazer-se uma afirmação política contestadora”. (ROGERS, 2001b p9).

“A natureza básica do ser humano, quando atua livremente, é construtiva e fidedigna. Para mim trata-se da inevitável conclusão de mais de trinta anos de experiência em psicoterapia. Quando somos capazes de libertar o ser humano de suas defesas, de modo que ele se abra à ampla variedade de experiências ambientais e sociais, pode-se confiar que suas reações serão positivas, voltadas para o futuro, construtivas. Não precisamos perguntar quem o socializará, pois uma de suas aspirações mais profundas é a de associar-se, de comunicar-se com os outros. Quando é

plenamente ele próprio não pode deixar de ser realisticamente socializado”.(ROGERS, 1973; p268).

“A noção de que a natureza básica do ser humano, quando funcionando livremente e em condições favoráveis, é construtiva e confiável, é para mim uma conclusão inevitável, após um quarto de século de experiência em psicoterapia. Quando somos capazes de libertar o indivíduo de sua tendência de defender-se, de tal forma que ele esteja aberto às suas próprias necessidades e experiências, assim como à ampla extensão de solicitações e determinações sociais e ambientais, suas reações podem ser avaliadas como construtivas e positivas.”(ROGERS, 1994, ACP, p86)

“A premissa que se mantém é de que o ser humano é um organismo em que se pode confiar e nossa proposta consiste em prover condições psicológicas que facilitem a realização construtiva das complexas possibilidades da pessoa”(ROGERS, 2005b; p4).

6.7.4. Tendência Direcional Positiva

Inserido dentro do pensamento fenomenológico-existencial, Rogers defende a idéia de que a vida é um processo ativo e dinâmico, que tem sempre uma direção, um sentido, uma finalidade, uma orientação, uma intencionalidade, um projeto, um para onde, um para além, ou seja, tem uma natureza teleológica. Nesse sentido, a vida é “rumo significativo” e ao mesmo tempo, é um “devir”, um “vir a ser”. Contudo, a partir da leitura que faz de sua experiência clínica, e alicerçado em uma visão humanista, define tal orientação e direção como fundamentalmente positivas.

Com isso, Rogers quer dizer que a vida tem uma força direcional e uma tendência a manter-se, proteger-se, autopreservar-se, auto-regular-se, e a avançar e expandir-se sempre em direção a uma maior ordem, maior complexidade, maior maturidade, maior diferenciação, maior independência e autonomia, maior responsabilização, maior inter-relação; e uma direção à superação de obstáculos e à auto-realização. Sendo assim, a vida humana não tem apenas, um movimento, um rumo e uma direção em aberto, mas tem uma tendência e orientação ao aperfeiçoamento, à evolução e ao desenvolvimento

“A vida possui um fluxo subjacente de movimento para uma realização construtiva de suas possibilidades intrínsecas, uma tendência natural ao crescimento e à

maturação completa, ao desenvolvimento de todas as suas potencialidades de forma a favorecer sua conservação e seu enriquecimento”. (ROGERS, 2001b; p 17).

Rogers vê, inclusive, a capacidade de socialização como uma tendência humana, apesar de não colocá-la explicitamente como uma essência. Contudo não aprofunda, valoriza, e nem discute a importância dos aspectos culturais e estruturais no processo de socialização.

“A natureza humana é fundamentalmente digna de confiança. Quando conseguimos libertar o indivíduo de sua atitude de defesa, de modo que ele se abra ao vasto campo de suas próprias necessidades, bem como das necessidades e exigências do meio, podemos confiar que suas reações serão positivas, progressivas e construtivas. Não precisamos perguntar quem o socializará, ou que controlará seus impulsos agressivos e egoístas, pois uma de suas próprias necessidades mais profundas é a de associar-se e comunicar-se com os outros; e à medida que for se abrindo a todos seus impulsos, sua necessidade de afeição será tão forte quanto seu impulso de violência. O indivíduo será agressivo em situações em que a agressão seja realmente adequada, mas não sentirá uma necessidade desordenada de agressão”(ROGERS, 2001 a; p222).

Essa tendência direcional é o que caracteriza a vida (orgânica em geral e não apenas a humana), ou seja, é o que demonstra que um organismo está vivo ou morto. Todo organismo vivo tem essa tendência a diferenciar-se, crescer, desenvolver-se e manter-se, se isso não acontece, ele morre.

Ao comparar essa tendência e essa direcionalidade identificada no homem com um movimento semelhante em outras formas de vida, Rogers expõe novamente seu compromisso com uma tradição positivista de pensamento, preocupada em identificar e demonstrar as causas de alguns fatos observados a partir de outros fatos concretos que possam ser verificados, observados e estudados de forma mais objetiva. Mostra também, sua preocupação em reconciliar a psicologia com a biologia (que tinha grande influência na psicologia da época), e que fez parte de sua formação (Rogers iniciou seus estudos acadêmicos com um curso de biologia, não finalizado, e sempre se interessou em sua juventude pelo estudo dos seres vivos).

Essa tendência e esse impulso estão subjacentes no organismo vivo, independente das situações e da realidade externa. Para Rogers, quer o ambiente seja favorável ou

desfavorável, o comportamento do indivíduo será sempre dirigido no sentido de crescer, sobreviver, desenvolver-se. Suas atitudes sempre serão no sentido de proteção e autodesenvolvimento. Há um processo evolutivo no homem (que tem tanto uma dimensão biológica como existencial), independente da realidade concreta.

Contudo, apesar de estar implícita no ser humano, essa tendência interage com as forças do ambiente e do contexto onde o indivíduo se insere, e precisa dele para se atualizar. Assim, esse impulso de vida só funcionará plenamente se as condições para sobrevivência, desenvolvimento, crescimento, diferenciação e autonomia forem propícias e suficientes, isto é, apesar do desenvolvimento humano partir de forças internas atualizadoras, tal atualização depende do *clima de encontro* com as forças externas e de sua configuração. (PUENTE, 1975, p 57).

Por esse motivo, a psicoterapia e as relações que se pretendem de ajuda, devem consistir, basicamente, em proporcionar a atmosfera adequada e as condições mais favoráveis ao desenvolvimento e liberação dessas capacidades e recursos.

Com esta hipótese, entretanto, que se tornou um pressuposto e um valor importante em sua abordagem teórica, Rogers enredou-se em diversas dificuldades teóricas e filosóficas, recebendo diversas críticas e questionamentos e tendo freqüentemente que se justificar, retomando a exposição dos fundamentos e argumentos que sustentam tal noção. Entre os diversos problemas implicados nessa noção de *tendência direcional positiva*, é possível delimitar três controvérsias relevantes.

A primeira questão está ligada à idéia de que a natureza humana é essencialmente construtiva e boa.

“Os sentimentos hostis e anti-sociais, observáveis nos seres humanos, não são nem os mais profundos nem os mais fortes, pois o núcleo da personalidade do homem é o próprio organismo, que é essencialmente auto-preservador e social.” (ROGERS 2001 a; p 104).

Esse foi um primeiro grande campo de debate de Rogers, pois sua visão de homem foi considerada otimista e idealista. Rogers defende-se dessas acusações afirmando que sabe perfeitamente do que o ser humano é capaz, e que conhece suas possibilidades destrutivas. No entanto, entende que sua destrutividade está diretamente associada não a uma tendência inerente, mas ao contexto e experiências desfavoráveis em sua existência. Tais experiências o ajudam a introjetar e aprender posicionamentos e respostas para sua sobrevivência e autoproteção que contribuem para que o ser humano

se comporte de forma defensiva. Assim, o comportamento destrutivo, anti-social e desumano dos indivíduos está associado a uma postura defensiva diante das circunstâncias da vida, e se o indivíduo tiver a oportunidade de vivenciar circunstâncias mais favoráveis e de ser estimulado na direção de seu crescimento, ele o fará.

Ora, esta concepção, apesar de levantar alguns dos elementos implicados nos complexos comportamentos humanos, foi questionada por vários motivos: 1) por ser uma posição maniqueísta sobre a natureza humana (que não é vista como tendo tanto impulsos construtivos como destrutivos); 2) por associar toda a destrutividade e maldade humana exclusivamente a um contexto desfavorável ao crescimento construtivo, não responsabilizando nunca o indivíduo por suas escolhas e posicionamentos; 3) por não levar em consideração os diferentes impulsos egoístas e anti-sociais que existem em situações aparentemente satisfatórias e adequadas; 4) e principalmente por ignorar o fato de que, tais condições ideais, suficientes e saudáveis para o crescimento humano, não estão presentes na vida humana cotidiana e, mesmo quando conquistadas, nunca podem existir de forma permanente.

Esta visão mais positiva sobre a natureza humana é essencialmente mais uma influência humanista do que existencialista, pois no humanismo, o *homem mau* é aquele que foi impedido de ser bom, o meio alterou sua posição positiva e construtiva, frustou-o e mudou sua rota; e no existencialismo, o homem pode *escolher ser mau* (não como uma característica, mas como uma de suas possibilidades) e é responsável por esta escolha. (ERTHAL, 1991, p24).

Um segundo problema com a noção de *tendência direcional positiva*, está ligado à aparente contradição existente entre a visão de um indivíduo que é um “fluxo de vida e de forças” internas *inerentes*, que apenas se atualizam na relação com o mundo (uma visão de recursos e possibilidades preexistentes potencialmente), o que se assemelha à idéia de uma essência própria ao indivíduo; e a visão de que o indivíduo “se faz”, se constitui enquanto sujeito, se autocompreende e se constrói a cada instante e incessantemente, *na relação necessária* que estabelece com o mundo e com os outros, perspectiva essa, que também se apresenta no pensamento de Rogers. Não é possível saber nunca (e talvez nem seja questão central), o quanto esses recursos e forças individuais são potencialmente próprios e inerentes, ou o quanto são adquiridos, aprendidos, e incorporados na relação do homem com o seu mundo historicamente constituído. O problema está em que Rogers não coloca esta dupla possibilidade em questão.

Uma última dificuldade relacionada à *tendência direcional positiva* está relacionada à questão de liberdade e determinismo (que será melhor abordada adiante).

Quando Rogers vê o organismo humano como um organismo com uma tendência natural ao desenvolvimento, crescimento, complexificação, auto-regulação, diferenciação e autonomia ele não está falando apenas de uma “existência orientada”, mas também de uma “natureza biológica com uma direção”, ou seja, está falando de um organismo que é mais do que a consciência que tem de si, está falando de uma sabedoria e uma racionalidade “organísmica” (uma racionalidade própria da vida). Rogers acredita, portanto, que o homem se aliena quando perde o contato com a sabedoria potencial de seu organismo como um todo.

Ao tentar juntar a dimensão existencial e subjetiva do ser humano, com a dimensão orgânica da vida, aliando a tendência à realização do eu ao cumprimento de um plano genético do organismo (ainda que ele não fale nunca desse modo), Rogers acaba por ter uma interpretação do ser humano muito mais *determinista* do que existencialista (sendo ele um grande adversário de posições deterministas).

6.7.5. Liberdade X Determinismo

Talvez uma das maiores querelas e disputas enfrentadas por Rogers durante sua vida seja a questão da liberdade ou determinação individual. A liberdade e a autonomia individual sempre foram valores e proposições de grande importância na Abordagem Centrada na Pessoa.

Rogers sempre considerou o homem como seu próprio arquiteto, e não como um mero produto de seu meio, determinado por forças culturais, sociais, econômicas e ambientais; sempre o viu como um ser capaz de se autodeterminar e se autodirigir, mesmo sendo influenciado e pressionado por essas “forças” existentes na realidade. Nesse sentido, admite a idéia de que o ser humano é condicionado pelo seu meio, mas não determinado por ele.

A idéia de um “sujeito agente”, tanto de sua história individual como da história coletiva, de um sujeito que faz-se a si mesmo, que opera, produz, participa, interpreta e interfere no mundo, de um ser que não é apenas reagente e nem um objeto que sofre ação de variáveis externas, mas um indivíduo com vontade, desejo, interesses, necessidades, intenções e consciência própria, sempre foram a mola propulsora de seu trabalho. A crença na capacidade e nos recursos existentes do indivíduo, a abertura ao

posicionamento individual e à sua possibilidade de escolha e auto-regulação, foram constantemente decisivas na sua forma de abordar as pessoas, tanto individualmente como em grupo.

Por esse motivo, sempre se posicionou veementemente contra as duas grandes correntes da Psicologia pós Primeira Guerra Mundial (psicanálise e behaviorismo), vistas como a “primeira e a segunda onda da psicologia”. Considerado como o primeiro grande representante da “terceira onda” da psicologia (psicologia humanista), Rogers considerava estas duas correntes como deterministas e reducionistas, pois uma atribuía a causa do comportamento humano a conflitos interiores e passados, e a outra ao condicionamento pelo ambiente externo. Nesse sentido, ambas consideravam pouco (ou quase nada), a vontade e a liberdade humana.

Rogers estava empenhado em adotar uma perspectiva centrada na pessoa, levando-a em conta como um sujeito, em suas diferentes dimensões. Preocupava-se com uma sociedade concentrada, encantada e seduzida com as possibilidades emergentes do avanço tecnológico, que se tornava cada vez mais um valor em si mesmo, sobrepujando necessidades, idéias e valores humanos. Considerava, portanto, necessário: *“restituir à pessoa inteira sua posição de centro, de todo e qualquer empreendimento humano”* (ROGERS, 2005b; p22).

Nesse sentido, no final de 1955, Rogers aceita um convite de B.F. Skinner, para participar de um debate amistoso na Associação Psicológica Americana (ocorrido em setembro de 1956 e publicado no “Science”- 1956, nov,124, pg1057-1066) sobre a questão da liberdade e determinismo. Este debate se estendeu por anos, estimulando vários artigos e discussões de Rogers, que indignado com a posição de Skinner (posição dominante e de grande aceitação nos ambientes acadêmicos norte americanos), sentiu necessidade de explicitar melhor suas idéias com relação às ciências do comportamento e delimitar melhor seus posicionamentos e os motivos de suas divergências. A psicologia comportamental (behaviorista) foi sempre um de seus grandes adversários teórico-filosóficos.

Na verdade, é preciso contextualizar a posição enérgica e quase extremada de Rogers em relação ao livre arbítrio, como uma reação, defesa e resposta a uma visão igualmente parcial, reducionista e limitada de Skinner sobre a natureza humana.

Para Skinner, o ambiente é o único determinante do comportamento individual, que, desse modo, é uma cadeia ininterrupta de causa e efeito; portanto, a liberdade e

vontade humana são na verdade ilusões e formas de denominar aspectos do humano que ainda não foram confrontados em suas reais determinações.

“O homem age quando é forçado a agir, mas age como se não o fosse, nossas escolhas e decisões não passam de ilusão ”(SKINNER apud ROGERS, 2005b; p36).

“Esta estrutura de pensamento contrasta com a concepção democrática do homem. Cada descoberta de um evento que participa da conformação do comportamento do homem parece reduzir aquilo que pode ser creditado ao próprio homem e, à medida que essas contribuições são mais abrangentes, as contribuições que o homem por si só poderia reivindicar se aproxima de zero... A ciência comportamental insiste em que a ação é iniciada por forças que se impõem ao indivíduo, e que a vontade é apenas um nome para um comportamento cuja causa ainda não descobrimos”.(SKINNER apud ROGERS, p 454)

Sendo assim, o planejamento e o controle da vida humana não só é inevitável como desejável, e a questão estaria apenas em como usar o bom senso nos assuntos humanos para planejar as condições ambientais que poderiam favorecer a melhoria de padrões culturais, condicionar ações humanas e provocar mudanças em diferentes escalas: *“a hipótese de que o homem não é livre é essencial para a aplicação do método científico ao estudo do comportamento humano.” (SKINNER apud ROGERS, 2001 a; p453).*

Para Skinner, os objetivos da ciência comportamental eram: *“Permitir ao homem ser feliz, informado, habilidoso, bem educado e produtivo”(SKINNER apud ROGERS, 2001 a; p453).* Lançava-se, então, a pensar formas de planejar personalidades, controlar emoções e coordenar o comportamento humano.

Inserido nesse contexto histórico, Rogers preocupava-se com a capacidade crescente das ciências comportamentais em compreender, prever e controlar o comportamento. O que era visto por Skinner como um grande potencial de reorganizar a sociedade segundo “fins desejáveis”, era denunciado por Rogers como um grande perigo de manipulação, controle e restrição da liberdade individual.

“As ciências comportamentais estão avançando rapidamente rumo à compreensão, predição e controle do comportamento. De maneiras importantes, sabem

como selecionar os indivíduos que exibirão determinados comportamentos, estabelecer condições em grupos que levarão a vários comportamentos previsíveis; estabelecer condições que em um indivíduo levarão a resultados comportamentais específicos”(ROGERS, 2001 a; p 440).

Rogers considerava que a sociedade americana de sua geração, apesar de defender os direitos à liberdade de expressão e de pensamento, não lutava verdadeiramente por sua defesa nem por sua garantia. Apontava que a erosão e a desilusão com os valores democráticos na sociedade americana era evidente, tanto por parte do governo como por parte da população (falta de confiança nos mecanismos existentes para garantir e defender a democracia), e denunciava como grave e inaceitável, a possibilidade de indivíduos ou grupos dominantes disporem do conhecimento científico para a supressão da liberdade e para a modelagem da vida.

Argumentava, que negar a vontade humana, a sua capacidade de escolher, de decidir-se entre opções, de posicionar-se forma particular e consciente diante dos fatos da vida, era ver o ser humano como um autômato, como um objeto, era tirar dele sua humanidade.

“Sempre há na pessoa, liberdade para assumir uma posição em face das condições que a restringem; a liberdade de aceitar, rejeitar e tomar decisões diante de seus instintos, de suas características herdadas e do meio que a cerca. O importante não é o que fazem de nós, mas o que nós próprios fazemos daquilo que fazem de nós”(ROGERS, 2005b; p4).

Contudo, mesmo mostrando que a própria ciência também é feita por homens que fazem escolhas, que têm interesses e intenções prévias, e que tomam decisões, esses posicionamentos aparentemente subjetivos e livres, também poderiam sempre ser vistos como fundados e inseridos em tradições específicas de pensamento já existentes, e, nesse sentido, a escolha individual também já estaria socialmente determinada. Mesmo no campo da psicoterapia, onde testemunhava indivíduos tomando decisões e posicionando-se de forma diferente e nova em relação à suas vidas, Rogers percebia que era possível enxergar tais decisões e posicionamentos como determinados pelas possibilidades e limitações de seu contexto de vida, pela qualidade de seus relacionamentos interpessoais, por suas experiências passadas.

“ Durante algum tempo senti-me perplexo com o paradoxo existente entre a liberdade e o determinismo. Algumas das experiências subjetivas mais intensas na relação terapêutica são aquelas em que o cliente sente dentro de si mesmo o poder nítido de escolha. Contudo, dentro do domínio da psicoterapia com métodos objetivos de investigação, somos obrigados a adotar o determinismo estrito. Deste ponto de vista, qualquer pensamento, sentimento ou ação do cliente está determinado por aquilo que lhe é imediatamente anterior ou pelas condições de seu ambiente.”(ROGERS, 2001; p 220).

A mesma linha de ação eleita pelo indivíduo, por um outro ponto de vista, sempre pode ser considerada como determinada por todos os fatores de sua situação existencial. A liberdade de ação do indivíduo interage e se define dentro do contexto por ele vivido. Qualquer indivíduo só pode fazer escolhas viáveis, possíveis e realistas dentro de um contexto específico (mesmo visando mudá-lo ou alterá-lo). Rogers percebe o paradoxo da existência humana, mas considera que ainda não é possível superá-lo. É necessário viver com este paradoxo, de ver a experiência humana como uma complexa máquina (com um funcionamento determinado), inserida em um contexto que a condiciona, mas também como um ser livre e responsável, arquiteto de sua existência. (SIGELMANN, 1987; p. 73).

“Concordo com Dr. Skinner que, segundo uma perspectiva externa e objetiva, o homem é determinado por influências genéticas e sócio culturais, mas em uma dimensão completamente diferente, a liberdade humana e a possibilidade de escolha são extremamente verdadeiras.... No presente estágio do conhecimento estas posições não parecem ser conciliáveis, mas assim como acontece na física ondulatória e corpuscular, as duas dimensões são ambas reais, embora guardem entre si uma relação paradoxal.”(ROGERS apud WOOD; DOXSEY; ASSUMPÇÃO; et. al., 1994, p201).

Apesar de tentar conciliar essas posições, Rogers ainda as concebe de forma bastante separadas, não reconhecendo, por exemplo, que toda a autonomia é construída na história, ou seja, não é simplesmente uma qualidade inerente do homem (ainda que sua condição de inacabado, sua racionalidade, sua capacidade de interpretar e significar o mundo e sua consciência subjetiva; sejam condições para essa construção).

Muito focado no indivíduo, Rogers se atém a uma visão de liberdade muito próxima do liberalismo, que a restringe principalmente à liberdade de pensamento, de expressão e de escolha individual. É uma visão de liberdade, muito *interna, subjetiva e existencial*, que não põe em foco e em destaque seus determinantes e limitantes externos. Além disso, vê sempre um conflito entre o mundo privado e o mundo público, considerando que os direitos individuais e subjetivos devem ter primazia sobre os demais para evitar a tirania da maioria (FRANÇA-JUNIOR; AYRES, 2003).

Por esse motivo, não enxerga a liberdade por uma perspectiva mais abrangente, percebendo que a liberdade de um indivíduo não pode se restringir a uma questão de expressão, locomoção, e tomada de decisão, mas deve levar em consideração as condições mínimas de sobrevivência. Se uma sociedade não pode garantir o mínimo aceitável para seus membros, não se pode falar em liberdade. A liberdade só é liberdade, enquanto inserida no mundo.

Do mesmo modo, não percebe que a autonomia, enquanto faculdade de governar a si próprio, enquanto independência moral e intelectual, *nunca é absoluta*; existe sempre *em relação* a um determinado contexto, a uma determinada situação, a um determinado relacionamento, e é *dinâmica*, existindo sempre em *gradações* diferentes que continuamente se alteram e se redefinem (CAMPOS, 2006).

Sendo assim, a autonomia é a capacidade de lidar com a heteronomia, é a habilidade de identificar e interferir em sua rede de dependências, de reconhecer impedimentos e buscar caminhos possíveis de superação. Por isso, a importância de se refletir sobre seus fundamentos, seus limitantes, seu alcance e suas determinações. Estas idéias, de *autonomia relativa*, de *autonomia dependente* e de *liberdade condicionada* permitiriam a Rogers, uma visão mais extensiva, do complexo debate entre liberdade e determinismo: “*toda vida humana autônoma, é uma trama de incríveis dependências, temos dependência de tudo que é necessário à nossa autonomia*” (MORIN, 2003).

6.8. O indivíduo, a cultura e a sociedade

Ainda dentro da temática das relações do ser humano com seu meio, vale a pena colocar em destaque um outro campo de importante polêmica e controvérsia para Rogers, qual seja: as relações entre indivíduo, cultura e sociedade.

Segundo Rogers, o ser humano desde seu nascimento, possui uma capacidade de *valoração orgânica* de suas experiências de vida, possibilitando-o escolher e preferir os objetos e as experiências que contribuem para a manutenção, proteção,

aperfeiçoamento e desenvolvimento de seu organismo como um todo, e rejeitando aquelas que não servem a este fim. Valoriza, assim, a segurança, o carinho, o alimento, as experiências que estimulam sua curiosidade cognitivo-intelectual, e que fornecem alguma satisfação e prazer pessoal.

Apesar desse processo de valoração ser bastante autocentrado e narcísico, e apresentar limitações óbvias, pois não inclui os diferentes limites existentes na realidade concreta e nem a necessidade e o interesse de outras pessoas, segundo Rogers, ele carrega uma sabedoria importante, fisiológica e experiencial, a respeito do funcionamento de seu próprio organismo e de suas necessidades pessoais.

Contudo, a partir de sua interação com o mundo, o indivíduo em busca de amor, aprovação, estima, segurança e da sensação de estar incluído e inserido em seu meio social, introjeta e aprende valores, regras, preceitos, comportamentos e pensamentos considerados adequados e satisfatórios pelo seu meio; desistindo, abdicando e desconfiando de sua própria experiência como guia para suas ações e decisões – ama-se em primeiro lugar aquilo que faz com que nos sintamos amados. Rogers ainda acrescenta que, numa cultura tão multifacetada e dinâmica como a cultura moderna, os valores e padrões introjetados como adequados por cada indivíduo provêm de uma variedade grande de fontes, e são amiúde altamente contraditórios em seus significados.

Tais valores de ordem mais coletiva tendem ainda a ser rígidos e fixos, e são adotados como próprios, mesmo que sejam discrepantes em relação ao que se está experimentando e vivenciando. Dessa forma, os indivíduos gradualmente, para adaptar-se ao mundo social em que vivem, iniciam um processo de distanciamento de si mesmos e de sua própria experiência pessoal.

“Como estes construtos de valor acham-se com freqüência nitidamente em contradição com o que está ocorrendo em nossa própria experiência, divorciamo-nos de nós mesmos, e isto explica grande parte da tensão e da insegurança modernas. Esta discrepância fundamental entre os conceitos introjetados do indivíduo, e o que ele está realmente experimentando, entre a estrutura intelectual de seus valores e o processo de valorização que está se dando, irreconhecido dentro dele, faz parte da alienação fundamental entre a pessoa moderna e seu eu”. (ROGERS, 1985 a; p276).

Dessa forma, Rogers considerava como fundamental, em uma relação de ajuda, contribuir para que o indivíduo conseguisse novamente valorizar, abrir-se e explorar as

diferentes dimensões e significados de sua experiência pessoal, cooperando assim para a construção de um processo de valoração mais diferenciado, flexível, fluido e contextualizado, ou seja, menos universal, fixo e baseado em princípios gerais. Sendo assim, o *locus de avaliação* deveria novamente ser estabelecido dentro da própria pessoa, o que não significaria que ela não poderia buscar provas e informações de outras fontes exteriores para além de si mesma.

Baseado em suas experiências terapêuticas, Rogers afirmava que as pessoas que conseguiam estabelecer um *locus de avaliação* mais interno e próximo de sua experiência orgânica tendiam a ser: mais verdadeiras, menos presas a aparências, menos obsessivamente aprisionadas ao que “deveriam ser”, menos fixadas na necessidade de *sempre* corresponder às expectativas dos outros, mais criativas, mais abertas a experiências externas e internas e mais interessadas em contatos e relacionamentos profundos. Considerava, assim, o condicionamento cultural como pernicioso e limitador do potencial humano.

Dentro dessa perspectiva, Rogers acaba por desenvolver uma visão maniqueísta da relação entre indivíduo e sociedade, percebendo-os como em constante desacordo, oposição e antinomia, e identificando o indivíduo como bom em seu potencial e possibilidades e a sociedade como controladora, limitadora, cerceadora das necessidades e valores humanos e como enrijecedora e restritora de sua espontaneidade e criatividade.

Sendo assim, acaba por estabelecer (mesmo não confirmando isso), uma disparatada separação entre indivíduo e cultura, entre indivíduo e sociedade, isto é, posiciona-se como se não fossemos desde sempre “seres no mundo” inseridos em uma determinada estrutura social e histórica, e fincados, desde nosso nascimento, em diferentes culturas e tradições; tradições essas, que não apenas nos formam, mas as quais, também formamos e ajudamos a construir.

“A perspectiva dos fenômenos sociais em Rogers, ainda assim é individualizante, pois, vê estes dois elementos (indivíduo e sociedade) sempre de forma separada, como totalmente distintos, e ainda em contraponto e em contradição entre si, não como uma mesma realidade vista sobre perspectivas diferentes”.(FREIRE JC; 1988; p55).

A mesma cultura e sociedade que pode oprimir e cercear a liberdade dos indivíduos é construída, edificada fortalecida e constantemente transformada por esses mesmos indivíduos. A cultura elaborada pelos homens (costumes, normas,

conhecimentos, regras, valores e expectativas sociais) pode tanto ser responsável pelo enriquecimento como pelo aprisionamento humano.

A cultura está relacionada à ação do homem no mundo e, portanto, a própria capacidade de desenvolvimento e uso do potencial humano (sua possível tendência à atualização) está intrinsecamente associada ao desenvolvimento cultural. É esta mesma cultura e sociedade que oferece os meios e os subsídios necessários e indispensáveis para que o indivíduo se caracterize e se diferencie enquanto pessoa (se constitua com um ser separado e único) e, ao mesmo tempo, se identifique e se inclua em um determinado lugar e tempo históricos. Não é possível fazer escolhas pessoais independentes deste substrato histórico-cultural. *“O homem não pode pretender a auto-realização sem levar em conta as determinações e contornos de seu contexto sócio cultural. Temos a impressão de que Rogers eliminou a mudança das estruturas como fator de mudança das pessoas”* (PUENTE, 1975; p59).

O contexto social pode ser visto, assim, tanto em termos de parâmetro para o comportamento como determinante das necessidades a serem satisfeitas, como limite à liberdade individual, pontuando suas possibilidades de ação.

Da mesma forma, a sociabilidade humana para Rogers parece ser naturalizada, enquanto uma tendência, o que também não leva em consideração o fato de que o ser humano não é social por motivos naturais.

“A socialização para Rogers, parece ocorrer do nada, ou de algo inato ou congênito, um potencial a desabrochar quando se estabelecem condições específicas. Ora o homem existe em um contexto social que é anterior e formador das características de personalidade dos indivíduos. O homem e sua personalidade são frutos de sua existência histórica e social”.(FREIRE JC; 1988; p58).

Rogers tendia a considerar que indivíduos mais autônomos, mais conscientes de si e de sua realidade e mais abertos à compreensão de suas experiências e à compreensão das diferentes experiências e possibilidades externas promoveriam uma sociedade mais democrática, mais humana, menos rígida e restritora. O fortalecimento de pessoas, grupos e comunidades com esta consciência mais diferenciada e mais integral propiciaria sociedades mais justas, flexíveis e inclusivas.

Considerava que o movimento feminista, o movimento gay, o movimento negro e outros movimentos sociais pelos direitos de grupos excluídos e marginalizados eram

frutos de uma maior consciência social (principalmente entre essas minorias). Eles chamavam a atenção da sociedade para preconceitos e estereótipos que estavam moldando esta sociedade e que precisavam ser revistos. Considerava que os *indivíduos* em suas lutas cotidianas e sociais acabaram por adquirir uma maior consciência de necessidades e elementos até então negados socialmente, e essa consciência individual ou localizada em alguns grupos estava, aos poucos, se transformando em uma maior consciência social e coletiva. (ROGERS, 2001b, 2005c).

Expressou assim a idéia de que o desenvolvimento salutar dos indivíduos provocaria o desenvolvimento salutar da sociedade. De novo essa visão, não se apercebe da conexão necessária entre indivíduo e sociedade. Como diz MORIN (2003), “*nós produzimos a sociedade que nos produz*”, ou seja, a autonomia de uma sociedade depende de indivíduos autônomos, cuja autonomia depende das condições da sociedade. Da mesma forma, precisamos da sociedade para nos desenvolver enquanto pessoas e, esta sociedade, se desenvolve e se transforma a partir do desenvolvimento e maturação dos indivíduos nela inseridos.

Além disso, esta visão também não leva em consideração a força, o poder e a influência das estruturas sociais e materiais na constituição e no delineamento da cultura, das relações sociais e na constituição das próprias personalidades individuais.

Uma perspectiva de sociedade totalmente focada no indivíduo, em suas necessidades, em suas razões, em suas intenções, em sua autonomia e realização pessoal não leva em consideração que todo ser humano, como parte de uma comunidade mais ampla, não apenas é responsável por si, mas é igualmente responsável pelo *bem comum*, pelo *bem do outro*, e que não apenas as demandas individuais devem ser observadas, mas muitas vezes elas serão limitadas pelos fins sociais e coletivos. A escolha que um indivíduo faz interfere na escolha dos outros e, como somos *seres em relação*, nosso futuro não pertence apenas a cada um de nós, mas deve incluir o outro, ou seja, mesmo os projetos individuais precisam ser intersubjetivamente pactuados. (FREIRE P, 2005 a, 2005b; AYRES, 2004).

Esta perspectiva em favor do indivíduo não considera que existem momentos em que os indivíduos devem sacrificar suas vontades e demandas individuais em favor do coletivo.

“*Que lugar ocuparam nesta abordagem centrada na pessoa, as ações que não melhoram ou mantêm o organismo individual, mas, no entanto melhoram e mantêm o grupo ou a comunidade? Aonde se inserem os atos de altruísmo e sacrifício pelos*

outros? Que contribuição este self poderia dar à civilização?”(KEITHWOOD; DOXSEY; ASSUMPÇÃO; et. al., 1994; p205).

Contudo, a contribuição de Rogers nos adverte de que uma visão *determinista* de sociedade, que exclui os sujeitos, suas finalidades e escolhas, enxergando a sociedade apenas como uma multiplicidade de estruturas, mecanismos e processos, uma *sociedade sem alma*, que elimina os atores e as pessoas implicadas nesses processos; deve ser questionada do mesmo modo.

A sociedade não é só fonte de constrangimento e cerceamento, nem só fonte de satisfação imediata, mas é também lugar de construção, matéria prima e foco da ação transformadora dos indivíduos.

Vale lembrar que Rogers, principalmente na segunda metade de sua carreira profissional, interessou-se cada vez mais pela abordagem de problemas e tensões sócio-culturais e por trabalhos com grupos socialmente vulneráveis, excluídos e marginalizados.

Desenvolveu uma abordagem relacional para grupos humanos, focada na comunicação democrática, autêntica e eficiente; na mútua compreensão das razões, significados e sentimentos do outro, enxergando-a como uma abordagem (cientificamente estudável), para a resolução de conflitos raciais, culturais e para o enfrentamento de questões associadas à desigualdades sociais e a desequilíbrios de poder nas relações entre diferentes grupos humanos.

Esta abordagem pressupunha condições para o diálogo mútuo; baseadas no respeito às diferenças de visão e percepção, na autenticidade e veracidade de expressão (das percepções e razões), na abertura ao outro e na capacidade de escuta e compreensão empática. Para trabalhar essa proposta, realizou diversas experiências com grupos sociais ao redor do mundo (Japão, México, Venezuela, Brasil, Áustria, Hungria, Holanda, França, Suíça, Alemanha, Finlândia, Itália, Espanha, Índia, União Soviética, Inglaterra, Irlanda, África do Sul, China e claro, EUA) (Rogers SPP, 1977)

Rogers considerava que era possível manejar diferentes problemas sociais e intergrupais (na verdade qualquer problema relacionado ao ser humano), resgatando a *base* e o *substrato humano* existente por baixo e por detrás deles. Os problemas são vistos, compreendidos, valorados e tratados por diferentes perspectivas e bases de significação humanas. Se não existe espaço e condições adequadas para comunicação, clara compreensão e posteriormente para um debate respeitoso e verdadeiro entre estas

diferentes perspectivas, horizontes e interesses divergentes, não há possibilidade de superação de impasses.

Ponderava que era necessário identificar interesses, necessidades, demandas e significações *comuns* a ambas as partes envolvidas, e que geralmente tais pontes alicerçavam-se à dimensão do humano, ou seja, a algo que unia à todos, algo mais universal e visto como relevante e inegociável para qualquer um (como a questão dos direitos humanos).

“Para lidar construtivamente com problemas mundiais, por exemplo, é necessário estabelecer um sentido de causa comum entre as nações altamente discrepantes e competitivas. Isso exige que as nações vão além de seus próprios interesses, definidos em termos de poder, e que se concentrem em interesses comuns, definidos em termos de realização das plenas potencialidades do homem”(ROGERS, 2001b; p 134).

Rogers tentava dessa forma responder a pergunta: como é possível construir pontes entre indivíduos e grupos diferentes e discordantes? Como é possível que indivíduos diferentes sintam algo em comum? Para Rogers, sendo humanos, sempre existiriam pontos de convergência, aonde se poderia começar a alicerçar os motivos, sentidos e razões mais particulares.

“Como seres humanos tentando enfrentar a vida, entendê-la e aprender com ela, dispomos de vastos conjuntos de coisas em comum. Nesse sentido mais abrangente, não faz diferença que eu seja um homem branco, idoso, de classe média americana, e você seja amarelo ou negro, comunista, judeu, árabe, russo, jovem ou mulher. Se estivermos francamente querendo compartilhar algo, então há uma grande área na qual a compreensão é possível. É pelos pensamentos mais pessoais que começamos uma comunicação aberta e íntima.”(ROGERS, 2001b; p 140).

Em última análise, o que aproximaria grupos distintos seria o fato de serem todos pessoas. O que nos une é nossa humanidade, porque o homem é mais do que sua interação com seu meio. Por esse motivo, o que há de mais particular e aparentemente único, é o que existe de mais geral e universal. Há sempre uma área de significados comuns que podem ser acessados pela linguagem. Esta fusão de horizontes e de

perspectivas exige a compreensão dos valores, interesses, sentimentos e significações alheios. Não é só uma abordagem pautada na racionalidade das questões implicadas. Os princípios e visões aparentemente irreconciliáveis sempre podem ser reconstruídos em outras bases.

As maiores críticas à Rogers no final de sua carreira deveram-se a este posicionamento, de tentar resolver problemas sociais, políticos e culturais, como conflitos de comunicação e de falta de compreensão mútua. O maior problema implicado nisso não foi sua clara, evidente e admirável contribuição à análise dos fatores e condições que contribuía para a melhoria da comunicação interpessoal nessas situações, mas sim em considerar estes aspectos como absolutamente suficientes para a resolução desses impasses, analisando problemas de ordem política, econômica e ideológica por uma perspectiva unicamente psicológica. Sua proposta acaba sendo vista como idealista e ingênua, o que impede a análise cuidadosa de suas reais contribuições ao diálogo entre grupos humanos.

Rogers, como terapeuta, não se propõe a abordar e trabalhar com as estruturas sociais, ainda que considere isso inevitável, mas se concentra em facilitar a interação e comunicação humana, considerando essa condição como fundamental para o enfrentamento humano de questões estruturais. Contudo, a transformação e revolução social, a mudança nas estruturas econômicas e de poder, não ocorre pela simples vontade individual e pessoal, mas por meio de lutas cotidianas nas organizações sociais, políticas e econômicas; Rogers acaba não discutindo, por exemplo, a importância histórica dos movimentos sociais organizados e do poder coletivo, e não apenas individual ou interpessoal, na luta pela transformação social.

6.9. Posicionamento de Rogers frente à educação

É possível reconhecer que a incursão de Rogers na área de educação está associada, inicialmente, ao fato dele ter observado em sua vasta experiência com a psicoterapia, a existência de um certo tipo de aprendizado cognitivo, carregado de intensidade afetiva (bastante associado à idéia de insight), que provocava novas maneiras de o indivíduo compreender-se a si mesmo e a realidade, causando modificações e impactos diretos na vida do indivíduo (modificação de comportamento, de sentimentos e percepções).

“A psicoterapia e o aconselhamento centrado no cliente, podem ser vistos como um processo de aprendizagem, por meio do qual uma pessoa aprende a acercar-se de si mesmo e de sua realidade, bem como a controlar melhor sua própria conduta” (ROGERS, 1981; p57).

“Em termos gerais a psicoterapia é um processo de aprendizagem. O cliente aprende novos aspectos a respeito de si mesmo, novas maneiras de se relacionar com os outros, novos modos possíveis de conduzir-se e de posicionar-se diante de uma dada realidade”.(ROGERS, 1981; p123).

“Uma outra forma de ver esse processo, essa relação, é considerá-la como uma forma de aprendizagem, uma aprendizagem que parece nunca se adaptar bem aos símbolos verbais e parece por vezes de extrema simplicidade. Mas apesar disso, essas descobertas têm imenso significado em um domínio difícil de definir. São descobertas auto apropriadas, baseadas na experiência. É um tipo de aprendizagem que não pode ser ensinada. A sua essência é este aspecto de autodescoberta. Esta aprendizagem significativa que ocorre na terapia, ninguém pode ensiná-la seja a quem for... O máximo que uma pessoa pode fazer por outra é criar determinadas condições que tornam possível essa forma de aprendizagem.”(ROGERS, 2001 a; p 233).

Percebia que esse tipo de aprendizagem não abarcava apenas aspectos intelectuais das situações, temáticas e conteúdos envolvidos, mas alcançava a pessoa de uma forma mais inteira, com suas idéias e sentimentos integrados. Continha também uma dimensão vivencial, relacionada a uma apreensão não verbal, mas visceral, dos eventos, fatos e conteúdos. (ROGERS, 2001 a, 2005b).

“Tenho refletido nesta questão de reunir a aprendizagem cognitiva, que foi sempre necessária, com a afetivo-vivencial... Aprender como pessoa inteira envolve uma aprendizagem de uma espécie unificada, no nível da cognição, dos sentimentos e das vísceras, além de uma percepção clara dos diferentes aspectos deste aprender unificado”(ROGERS, 2005b; p 143 -145).

Ciente da amplitude e da durabilidade dos efeitos desse tipo de aprendizado na vida das pessoas envolvidas, e percebendo que muitas formas de ensino-aprendizagem no

contexto acadêmico e escolar não conseguiram provocar um impacto relevante na vida dos indivíduos atingidos, Rogers começa a se interessar pelas implicações que os estudos em psicoterapia poderiam ter para o domínio da educação.

Já havia desenvolvido, estudado e testado algumas *condições facilitadoras* para esse processo de auto conscientização pessoal, autocompreensão, desenvolvimento de recursos, potencialidades e habilidades. Focava sua atenção, principalmente, na forma como se estabeleciam as relações interpessoais e já considerava que essas condições básicas poderiam ser empregadas em outros contextos e situações que envolviam as relações humanas.

Dessa forma, Rogers acaba por transferir vários dos conceitos desenvolvidos na relação terapêutica para a situação de ensino-aprendizagem, como se tratassem de fenômenos de natureza idêntica; como se tivessem o mesmo objetivo, intencionalidade e finalidade, ou seja, provocar um determinado tipo de crescimento de caráter subjetivo, pragmático, sem uma direção previamente definida, e imediatamente aplicável à vida particular; altamente significativo e necessariamente eliciador de mudanças, de posturas, atitudes, comportamentos e de formas de abordar a realidade e o contexto pessoal.

Com isso, desenvolve uma leitura do processo ensino-aprendizagem altamente *psicologizante*, supervalorizando as transformações perceptivo-afetivas e as alterações de personalidade (não necessariamente relevantes e indispensáveis em qualquer situação educativa). Superestima, uma vez mais, as motivações e interesse individuais, isto é, dá especial atenção às diferenças existentes entre os aprendizes (sua singularidade), não enxergando o processo educativo em sua dimensão coletiva, social e mais abrangente (com outras finalidades e propósitos).

Outro fator influente para seu envolvimento com tema da educação foi sua visão altamente crítica com relação ao sistema educacional de seu tempo na sociedade norte-americana. Considerava este sistema autoritário, impositivo, rígido, excludente, conservador, massificador e pouco favorável ao desenvolvimento da criatividade, espontaneidade e recursos individuais. Considerava os professores mais preocupados com seus conteúdos e prioridades pessoais do que com a percepção e avaliação que os alunos tinham da aprendizagem, e não via espaços de estímulo ao debate, reflexão e crítica dentro das escolas.

Como acadêmico e professor, relatava ainda sua percepção do tédio e do descontentamento existente nas escolas e universidades, tanto dos professores como dos alunos. Denunciava a falta de perspectivas, de sonhos, de esperança e de confiança em

toda uma geração de adolescentes e jovens, principalmente dos grupos marginalizados e excluídos na sociedade (como negros, e hispânicos).

“É absolutamente essencial que os jovens aprendam, já cedo na vida, a examinar problemas complexos, a identificar os prós e contras de cada solução e a escolher a posição que desejam assumir em cada questão... Aprender a solucionar problemas complexos, tanto sociais quanto científicos, constitui um objetivo primário da educação, que não pode ser atingido numa situação em que se exige a conformidade a certa opinião dogmática. Não pode ser atingido quando o debate livre e sério é de alguma maneira, inibido.” (ROGERS, 1985 a; p 23).

“Acho que disse o bastante para indicar que nosso sistema educacional padece de muitos elementos que o incapacitam: recursos financeiros reduzidos, matrículas que diminuem, evasão escolar, um emaranhado de leis e regulamentos burocráticos que amiúde desumanizam a sala de aula, um perigoso ataque que vem da direita, com vistas a impedir a liberdade de pensamento e escolha, assim como o tédio, a frustração, a raiva e o desespero por parte de muitos estudantes.”(ROGERS, 1985 a; p 26).

Questionava o quanto a educação corrente nos meios acadêmicos concentrava-se basicamente na transmissão e despejo de conhecimentos fixos, pré-selecionados e moldados, muitas vezes distantes e inúteis à realidade concreta dos alunos, sem nenhuma garantia de espaço para questionamento, revisão, mudança e associação desses conteúdos com a vida cotidiana dos educandos. Ou seja, questionava o quanto a educação pretendia basicamente produzir indivíduos bem adaptados e ajustados ao sistema.

“O ensino tradicional baseia-se na teoria da caneca e da jarra: Como posso fazer a caneca manter-se parada enquanto a encho com a jarra destes fatos que os planejadores curriculares e eu próprio consideramos valiosos?” (ROGERS, 1985 a; p 144).

Rogers, contudo, em seu empenho em promover o indivíduo e suas necessidades pessoais, se concentra em um dos pólos da questão, não trazendo à discussão a inerente *ambigüidade* existente dentro do próprio conceito de uma educação que se pense *emancipadora e crítica*; qual seja, o fato de não poder ignorar seu intrínseco objetivo de

adaptação social, ou seja, de preparar os indivíduos para se orientarem no mundo em que vivem e, ao mesmo tempo, de formar indivíduos criativos, reflexivos e críticos com relação à essa realidade (que pensem por si mesmos e não sejam apenas “bem ajustados”). Como nos indica Adorno (2003; p144): “*A aptidão para se orientar no mundo é impensável sem adaptações; mas também impõe-se equipar o indivíduo de um modo que este mantenha suas qualidades pessoais. A adaptação não deve conduzir à perda da individualidade e ao conformismo uniformizador. Precisamos nos libertar do sistema educacional referido apenas ao indivíduo, mas por outro lado, não devemos permitir uma educação sustentada pela crença de poder eliminar o indivíduo. Temos a tarefa de reunir na educação princípios individualistas e sociais*”

Rogers acaba se interessando assim, por um tipo específico de aprendizagem que denomina de *aprendizagem significativa*, ou melhor, uma aprendizagem com influências determinantes sobre o comportamento e atitudes dos indivíduos, considerando ser essa, a única realmente relevante para a educação.

“Por aprendizagem significativa, entendo aquela que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe, ou nas suas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente em todas as parcelas da sua existência”.(ROGERS; 2001 a; p 322).

É um estilo de aprendizagem, que necessariamente atinge as pessoas, tanto em sua dimensão afetiva, sensorial, como cognitiva; abrange assuntos e temáticas sempre relacionados de alguma maneira com à realidade, com os problemas, com as dúvidas, com os interesses e com questões do universo dos indivíduos envolvidos; é auto motivada, ativa, auto conquistada e auto descoberta (não vem pronta e acabada de fora); envolve co-responsabilização pelo aprendizado, sinceridade, liberdade de expressão e criatividade; e provoca mudanças na vida pessoal.

Para Rogers, ela nunca é imposta, mas é uma aprendizagem que o indivíduo chega por si mesmo, se existem elementos e condições favoráveis a seu desenvolvimento.

“Aprendizagens significativas são as de caráter mais pessoal, que envolvem: independência, auto-iniciativa, responsabilidade, libertação da criatividade e tendência a se tornar mais, uma pessoa”.(ROGERS, 1973; p 119).

“A aprendizagem significativa tem uma qualidade de envolvimento pessoal, em que as pessoas, em seus aspectos sensórios, cognitivos e afetivos, acham-se dentro da aprendizagem. É uma aprendizagem auto iniciada, mesmo quando o estímulo provém do exterior. O senso de descoberta, de alcance, de compreensão vem de dentro. É uma aprendizagem que faz diferença no comportamento, nas atitudes e até mesmo na personalidade da pessoa que aprende... Combina o lógico com o intuitivo, o intelecto e os sentimentos, o conceito e a experiência, a idéia e o significado. Quando aprendemos dessa maneira, somos integrais.”(ROGERS, 1985 a; p 29-30).

Sendo assim, é uma relação de ensino-aprendizagem, basicamente concentrada na identificação e resolução de *problemas* considerados relevantes pelos indivíduos envolvidos. Estes problemas devem ser reconhecidos como significativos (Rogers não explora o processo pelo qual esse problemas são identificados e levantados) e deve-se organizar um processo de pesquisa e de orientação para a solução dos mesmos, usando toda a espécie de recursos existentes no ambiente de o próprio professor e suas informações, até documentos, bibliografias existentes, entrevistas, observações, atividades específicas etc.

“O indivíduo aprende com uma situação que ele considera um problema significativo, que deve ser decifrado, compreendido e resolvido. Se depara com um problema que tem de resolver e não consegue. Tem o desejo de aprender advindo de uma dificuldade percebida no encontro com a vida. (ROGERS, 2001 a; p 324).

“Verifica-se mais facilmente uma aprendizagem significativa quando as situações são percebidas como problemáticas... Deve-se permitir aos alunos, estabelecerem um real contato com os problemas importantes de sua existência, de modo a identificar questões que realmente importam”.(ROGERS; 2001 a; p 329).

Ocorre que os problemas, mesmo os que se tornam relevantes para os indivíduos envolvidos, não surgem do nada e, em um processo de educação coletivo, eles não

podem ser definidos apenas em termos individuais. Como nos lembra SAVIANI (1983; p47): “*o desconhecido só se define pelo confronto com o conhecido; se não se domina o conhecido não é possível detectar o ainda não conhecido... Ninguém chega a ser pesquisador, ou cientista se não domina os conhecimentos já existentes na área que ele se propõe a investigar*”.

Assim, até para se conseguir levantar e delimitar “bons problemas”, propor hipóteses consistentes e desenvolver um pensamento crítico e reflexivo sobre uma determinada realidade ou temática é necessário ter algum acesso a informações já existentes e já sistematizadas e, portanto, esse processo de levantamento de problemas deve sempre interagir com o processo de repasse, transmissão, discussão, revisão crítica dos conteúdos, sempre fazendo pontes entre estes e a realidade dos educandos. Além disso, o acesso a conhecimentos já existentes e organizados, mesmo que possam ser abordados de forma crítica, é um elemento primordial para a conscientização, emancipação, autonomia e ampliação das possibilidades de vida dos educandos.

Apesar de Rogers não negar a possibilidade e a importância da difusão de conhecimentos existentes (considerando a possibilidade de palestras e exposições), considera o processo de auto aprendizado e auto descoberta tão relevantes e tão inerentes ao ser humano que não se centra em discutir como que é despertada a curiosidade, o interesse e os questionamentos dos estudantes; como se estes fossem absolutamente *naturais* aos indivíduos e não construídos nesta ação social que é a cena educativa. Isto se deve ao fato de Rogers considerar que a motivação à aprendizagem deve-se quase que exclusivamente a uma *tendência auto-realizadora* da própria vida humana, e às condições necessárias ao seu desenvolvimento.

“A motivação para a aprendizagem e para a mudança deriva da tendência auto realizadora da própria vida, da tendência do organismo para percorrer os diferentes canais de desenvolvimento potencial, na medida que podem ser experimentados como favorecendo o crescimento”.(ROGERS; 2001a; p 328)

“Os seres humanos têm natural potencialidade de aprender, são curiosos a respeito do mundo em que vivem, até que, e a menos que, tal curiosidade seja entorpecida pelo nosso sistema educacional”.(ROGERS, 1973; p 153- 154).

Deve-se lembrar, além disso, que a educação, como um processo social, não pode ser focada unicamente no desenvolvimento dos interesses, necessidades e potenciais

individuais (ainda que não os ignore). Ou seja, não é uma prática individualista e narcísica, mas precisa estar sempre associada, relacionada e imersa em sua realidade sócio-histórica e em interesses coletivos, até para poder interagir com eles, transformando-os.

Mais focado no processo de auto descoberta, Rogers se preocupou em estudar e examinar novamente as *condições necessárias e facilitadoras* a esta aprendizagem participativa, envolvente, consciente e responsável.

Estas condições fundamentais à aprendizagem significativa, identificadas por Rogers, não se baseavam no currículo, nas habilidades técnicas e erudição do professor, no uso de subsídios audiovisuais ou outros recursos tecnológicos de ponta, na qualidade comunicativa das palestras e exposições, nem na abundância de livros e materiais didáticos; embora tudo isso pudesse ser empregado como recursos do processo de ensino-aprendizagem. Na verdade, a facilitação da aprendizagem baseava-se em certas *atitudes* e qualidades de comportamento que ocorrem no *relacionamento pessoal* entre facilitador e o aprendiz. (Rogers, LPA; 1967).

Rogers considerava, que as atitudes e posturas do facilitador eram absolutamente suficientes para provocar o interesse, a motivação, a curiosidade, a espontaneidade, e a tranqüilidade necessária do educando para a aprendizagem auto iniciada. Esses elementos se concentravam: 1) na *autenticidade* do educador (que não se revestiria de uma fachada onipotente e rígida, mas deveria assumir suas opiniões, sentimentos, interesses, dificuldades, potenciais e limites); 2) no *interesse, respeito, apreço e aceitação* do educando enquanto pessoa separada e distinta (por suas opiniões, seu ritmo, suas crenças e valores, suas dificuldades, seus sentimentos e vivências positivas e negativas em relação ao conhecimento abordado); 3) na *confiança* na capacidade e potencial do educando; 4) na *atitude empática* para com o educando (disposição para entender como o conhecimento está sendo compreendido e significado pelo indivíduo).

Estas condições pretendem tornar o ambiente de aprendizagem mais aberto, livre, e motivador; e menos ameaçador, constrangedor, intimidante e atemorizante. As humilhações, depreciações e medos, interferem de forma profundamente negativa na aprendizagem.

“As aprendizagens que mais ameaçam o próprio ser (que causam mudanças na percepção de si), são mais facilmente percebidas e assimiladas quando as ameaças externas se reduzem a um mínimo... Quando é fraca a ameaça ao “eu”, pode perceber-

se a experiência educativa sob formas diversas, e a aprendizagem tem mais chance de ter êxito.” (Rogers. LPAND; 1983 p 155, 157).

A função do educador é concentrar-se em fornecer e facilitar o acesso do educando a todo o tipo de recurso que possa contribuir para uma aprendizagem experiencial e auto dirigida.

“Primeiro devo dar aos estudantes acesso a mim como pessoa, à minha experiência, ao que tenho de conhecimento acumulado; segundo, devo estar tão pronto quanto puder para sugerir experiências (materiais para ler, coisas para fazer, pessoas para contatar, práticas para tentar, processos para observar, idéias para ponderar...) que eles, de outro modo, não poderiam ter imaginado, aumentando, assim, as opções que lhes são oferecidas; terceiro, devo respeitar a autonomia e liberdade de cada estudante, incluindo a liberdade de falhar; e finalmente devo estar disposto a dar a cada estudante um feedback honesto, tão correto quanto possível, de acordo com o melhor de minha capacidade, em tantas áreas quanto eu possa”. (ROGERS; 2001b; p 92).

Sendo assim, para Rogers o objetivo da educação é apenas *facilitar a aprendizagem*, não se concentrando em alcançar resultados específicos ou previamente determinados. Rogers posiciona-se como se os resultados sempre estivessem em aberto e não fossem relevantes para o processo de aprendizagem, preocupando-se, sobretudo com o *processo*.

“O foco da aprendizagem é primordialmente a promoção da continuidade do processo de aprendizagem. O conteúdo da aprendizagem, embora relevante, é secundário. O importante é aprender como aprender o que querem e precisam saber. Um curso é bem sucedido não pelas informações aprendidas, mas pelo desenvolvimento da capacidade de acessá-las, compreendê-las, avaliá-las e criticá-las.”(ROGERS, 2005c; p 97).

Por isso, não considera igualmente necessário nem adequado, fazer uma avaliação e um julgamento externo desse processo. Para ele, a avaliação é totalmente infrutífera se a finalidade é um trabalho de criação; a avaliação externa inclusive é vista como um elemento de ameaça ao indivíduo em sua individualidade; o que realmente importa é a

auto-percepção da aprendizagem, e portanto a auto avaliação individual, realizada pelo educando a partir de um parâmetro estabelecido por ele no início do processo, sobre os objetivos a serem alcançados.

Contudo, o ensinar, é uma ação intencional e estratégica, com metas e objetivos próprios, objetivos esses não apenas individuais, mas, como já foi colocado, também sociais envolvendo o professor como um integrante fundamental desse processo. Sendo assim, não apenas o aluno deve avaliar se os objetivos foram ou não alcançados, mas também o educador.

Ademais, a avaliação pedagógica, tão subestimada por Rogers, contribui tanto para a localização das conquistas, deficiências e ritmos do aluno dentro do processo de ensino-aprendizagem (a partir de objetivos e metas prévia e conjuntamente estipulados e acordados), como para a identificação de pontos fortes e frágeis do processo educativo servindo como uma forma de retro-alimentação desse processo. A ausência de uma avaliação correta, aberta e adequada das atividades de ensino e da aprendizagem pode ser vista como uma das causas da diminuição geral da qualidade do ensino oferecido, pois a prática educativa fica sem mecanismos claros de auto-regulação.

Vale a pena destacar, que o próprio Rogers compara seu pensamento sobre educação com o pensamento de Paulo Freire (apesar de comentar apenas um de seus livros), e, apesar de ambos situarem-se em contextos educacionais distintos, preocuparem-se em denunciar e confrontar realidades e problemas de naturezas diferentes, e desenvolverem conceitos e aplicações dessemelhantes; existem alguns pontos de convergência entre essas duas visões de educação.

Ambos consideram que o homem é um ser inacabado e inconcluso, que está em constante processo de *tornar-se*, que possui um ímpeto ontológico e existencial para ir além, para ser mais, para superar-se; e que é um ser capaz de agir e de refletir criticamente sobre sua realidade, transformando-a. Ambos afirmam que cada indivíduo deve ser sempre sujeito de sua própria educação e não objeto dela. Ambos consideram que a educação não pode ser vista como uma modelagem de pessoas, como uma mera transmissão acrítica de conhecimentos, e não vem o educando como um ser passivo, um arquivo, e um mero depósito para os conhecimentos passados pelo educador. Ambos entendem os conhecimentos e conteúdos aprendidos como não como estáticos, fixos e abstratos, mas como dinâmicos e historicamente determinados.

Tanto um quanto outro ponderam que só se aprende verdadeiramente quando é possível uma apropriação pessoal do aprendido, transformando-o em *apreendido*, ou seja

reinventando e refletindo sobre o próprio conhecimento de forma a poder aplicá-lo e associá-lo em situações concretas. Os dois consideram que a história deve ser compreendida como *possibilidade* e não como determinismo, pois o determinismo nega o sonho e encerra o homem dentro de uma condição que o tira a liberdade de ser, de agir e de superar-se, desacreditando em sua potência. Ambos enxergam a liberdade e autonomia como um elemento essencial à prática educativa.

Contudo, Freire, dirigindo seu discurso e sua proposta para grupos sociais oprimidos, excluídos e marginalizados socialmente, vê a educação como um mecanismo de mobilização, conscientização e de reflexão crítica do indivíduo sobre sua realidade e sobre a teia de elementos que engendram sua vulnerabilidade e determinam sua condição social; visando assim, sua superação e sua *transformação no plano social e coletivo*. Ou seja, vê a educação como um instrumento para politização, resistência, e fortalecimento destes indivíduos que vivem injustiças sociais. As idéias de Freire visam a emergência política das classes populares, sua mobilização e luta social; estão comprometidas com a promoção dos *direitos sociais e individuais*.

Rogers dirige seu discurso sobre a educação aos indivíduos em geral e opõe-se a um tipo de opressão e abuso de ordem política e ideológica (autoritarismo, massificação, cerceamento da liberdade de expressão e pensamento); vê a educação como um mecanismo de *crescimento individual e pessoal*, e não de mobilização social; e está comprometido principalmente com a garantia dos *direitos individuais*. Ambos falam de liberdade, mas a liberdade para Rogers está mais associada a um conceito ideal e abstrato, uma *aspiração de todo o homem*, conceito oriundo do liberalismo. A liberdade para Freire é engajada, historicamente determinada e condicionada; ela acontece na história, e não é buscada e vivida individualmente, mas coletivamente.

Além disso, a *pedagogia freireana*, vê a educação como socialmente condicionada, ou seja, enxerga seus determinantes e limites históricos e sociais; e sabe que, ainda que possa provocar transformações na sociedade, não pode ser encarada como um valor absoluto, como uma alavanca isolada de transformação social, pois sozinha pode fazer muito pouco. Situa-se, portanto, dentro de uma *visão crítica de educação*.

A *visão rogeriana* de educação, apesar de trazer contribuições relevantes para a relação professor-aluno, é mais idealista e ingênua, pois não possui a clara dimensão de seus condicionantes e, dessa forma, acredita-se capaz de alterar os fatos e os contextos por si mesma, a partir da libertação dos indivíduos nela existentes (indivíduos livres e pensantes, contribuindo para uma sociedade mais livre e crítica); Situa-se, assim, dentro

de uma visão *humanista e acrítica de educação* (pois uma consciência crítica sabe-se condicionada e determinada).(SAVIANI, 1983).

Apesar das várias controvérsias encontradas em alguns de seus conceitos, idéias e pressupostos, e de defender algumas perspectivas consideradas parciais em uma análise da realidade, o trabalho e o pensamento de Rogers devem ser avaliados dentro de seu momento e contexto histórico. Sua abordagem se estruturou e se sustentou dentro de uma perspectiva cultural específica e, mesmo que não seja limitada por ela, só é possível validá-la, compreendê-la, e entender seu alcance e limites a partir de seu próprio ponto de referência (assim como o próprio Rogers sugeriria).

Vale lembrar que, suas idéias foram, e ainda são, conteúdos de referência, ferramenta e subsídio importante para os empreendimentos mais diversos, principalmente para situações que visam o crescimento e a transformação de indivíduos e grupos através de relacionamentos inter-pessoais. Foi um dos responsáveis por mudanças conceituais na área de liderança na indústria, no trabalho com grupos humanos, na prática do serviço social, na enfermagem e na humanização da prática médica nos EUA. Além disso, foi o primeiro indivíduo a receber um prêmio de contribuição científica à psicologia (em 1956) pela Associação Americana de Psicologia e chegou inclusive a ser indicado, pouco tempo antes de sua morte, para o prêmio Nobel da Paz.

É ainda importante ressaltar que, mesmo vista a partir de diferentes ângulos, e dividindo-a em distintos aspectos e elementos, a teoria rogeriana tem *uma unidade*, uma coesão e uma lógica interna, pois os pressupostos e valores que orientam seus conceitos, suas posturas e ações, bem como seus resultados; estão alicerçados em alguns poucos elementos *explorados até suas últimas conseqüências* (ou seja, sob diferentes aspectos e em suas várias possibilidades).

CARL ROGERS E O ACONSELHAMENTO EM DST/aids

7. CARL ROGERS E O ACONSELHAMENTO EM DST/aids: CONTRIBUIÇÕES E LIMITES

Após a aproximação crítica inicial realizada no capítulo anterior, com o contexto histórico, social e motivacional de Rogers, o presente capítulo pretende identificar e discutir algumas contribuições e limites da Abordagem Centrada na Pessoa para a prática do aconselhamento em DST/aids, tal como descrita nos manuais nacionais e internacionais levantados.

Para isso selecionou-se determinadas *categorias de análise*, identificadas tanto a partir dos artigos levantados sobre o aconselhamento em DST/aids (das temáticas e questões abordadas), como a partir dos principais aspectos e elementos considerados por Rogers como fundamentais para a compreensão da estrutura e operacionalização de uma relação de ajuda eficaz. São elas: 1) concepção de aconselhamento/relação de ajuda; 2) objetivos e resultados esperados; 3) papel e atitudes do profissional; 4) condições necessárias para construção dessa relação; 5) papel do cliente; 6) abordagem de aspectos sócio-culturais e estruturais.

Para cada uma dessas categorias, buscou-se assinalar inicialmente a visão trazida pela teoria rogeriana, pontuando algumas contribuições e limites e, a seguir, cotejou-se tal perspectiva com o proposto nos manuais de DST/aids, identificando possibilidades e dificuldades da aplicação deste referencial teórico dentro desse contexto específico.

Vale ressaltar que o intuito dessa discussão teórica, não foi propor um aconselhamento em DST/aids de base rogeriana, ou sugerir a transformação da prática de aconselhamento no campo das DST/aids em uma prática de ajuda tal qual proposta por Rogers em seus escritos. O objetivo dessa análise foi, sim, clarificar algumas das implicações e contribuições do pensamento de Rogers (conceitos, pressupostos, valores e proposições), para a atividade de aconselhamento em DST/aids. Vale ainda lembrar que esta apreciação crítica é apenas um recorte e uma interpretação possível do tipo de intersecção existente entre o pensamento de Rogers e a prática de aconselhamento sugerida nos manuais.

7.1. Concepção e definição de relação de ajuda/aconselhamento

Um primeiro elemento a ser considerado é a concepção e definição de aconselhamento. O que é o aconselhamento? Como podemos defini-lo, concebê-lo e compreendê-lo? Quais são suas características básicas intrínsecas?

A resposta a essas perguntas orienta tanto o tipo de objetivos e resultados a serem buscados, como a forma de atuação do profissional.

Para Rogers, o aconselhamento enquanto uma relação de ajuda, não é uma atividade com procedimentos determinados ou um “modo de fazer” genérico, repetitivo e prescritivo. Não é uma técnica ou uma estratégia previamente direcionada e fechada em seus horizontes de atuação, nem mesmo um espaço para fornecimento de orientações, sugestões e conselhos antecipadamente estruturados e estabelecidos. O aconselhamento é uma *relação interpessoal e intersubjetiva* pautada fundamentalmente em *valores humanos* específicos, que sustentam, amparam e legitimam *atitudes e posicionamentos* determinados entre os indivíduos implicados nela.

Não é definido, portanto, como um procedimento a ser executado, mas como um *relacionamento* a ser *vivido e experienciado*. Nesse sentido, não tem uma forma pré-estruturada, fixa e organizada, mas é uma vivência em aberto, indeterminada, a ser construída, ainda que carregue uma intencionalidade e uma expectativa prévia de ambos os lados, e possa ser apoiada por saberes técnicos científicos. Ao resgatar a centralidade da dimensão humana dessa prática, Rogers traz à cena, logo de início, a totalidade das *pessoas* nela envolvidas (com seus aspectos cognitivos, afetivos, intuitivos, sensoriais, valorativos), e não apenas o papel que desempenham em uma determinada circunstância socialmente delimitada. Traz à tona também as *subjetividades* presentes, ou seja, a dimensão *existencial, experiencial e simbólica* dessa vivência, desse encontro humano, com seus sentidos, sensações e significados próprios, mostrando o quanto esses fatores são decisivos para a profundidade, direcionamento, intensidade, qualidade, relevância e efeitos dessa relação para os indivíduos por ela abrangidos.

Para Rogers, o aconselhamento, apesar de ser primeiramente uma relação humana, não é uma relação humana qualquer, mas um relacionamento com uma intencionalidade delimitada, pois, pretende ser um *relacionamento* de *ajuda*, de *proveito* e de *utilidade* para

o outro. Esta ajuda e utilidade é vista no sentido de serventia e de interesse, especialmente para a pessoa à qual se pretende ajudar, ou seja, é centrada na *pessoa* do outro, em sua *alteridade*, e não nos interesses e demandas pessoais e sociais do profissional de ajuda ou do contexto social aonde esta situação se desenrola (ROGERS, 2001 a; p 35-68).

Dessa forma, é um tipo de relação que se organiza e se constitui a partir de determinados *valores e posturas* pessoais, e que, por suas próprias características, pode ser usada pelo outro em seu próprio benefício, pois não bloqueia, limita ou modela as possibilidades e potencialidades existentes e o próprio direcionamento individual.

Tais valores e atitudes pessoais, que se organizam em um *modo de ser* frente ao outro e em um modo específico de enxergar esse mesmo outro, pretendem criar *condições* e um *ambiente facilitador* da identificação e solução individual de problemas existentes, e do fortalecimento e empoderamento do indivíduo para enfrentá-los. Essas condições, também podem ser vistas como condições necessárias a uma comunicação mais competente, autêntica e profunda, aonde haja verdadeiramente uma compreensão mútua das significações e percepções pessoais.

“A Abordagem Centrada na Pessoa é primeiramente um jeito de ser, que encontra sua expressão em atitudes e comportamentos que criam um clima de facilitação do crescimento. É uma filosofia e não um método. Ela empodera o indivíduo, e quando este poder é percebido, a experiência mostra que ele tende a ser usado para transformação pessoal e social” (ROGERS; 1989; p 138).

Sendo assim, apesar de poder ser visto como um trabalho, ou seja, como uma *ação estratégica, dirigida a fins desejados, visando tanto a alteração e transformação de uma dada realidade, como a resposta a uma demanda identificada* (SCHRAIBER, 1999), o aconselhamento, para Rogers, tem como *finalidades prioritárias* a transformação do indivíduo em seu próprio favor e interesse pessoal, com a participação consciente e responsável dele mesmo, na identificação das necessidades, na escolha das metas e das soluções. Pode tratar de assuntos e temáticas variados, até porque ele pode ocorrer em situações e ambientes diversos, mas sempre será pautado pelas preocupações, sonhos,

projetos de vida, significações, interesses, dúvidas, sentimentos e dificuldades do indivíduo que se quer ajudar.

Este é um primeiro elemento relevante, da *concepção e definição* rogeriana de ajuda interpessoal que traz um norte diferenciado para o aconselhamento em DST/aids, isto é, o relacionamento não apenas preza a participação e o envolvimento consciente do cliente (ser sujeito e não objeto), mas é *centrado em sua totalidade existencial*. Não é centrado em um problema ou assunto, mas na totalidade da existência trazida pelo cliente. Qualquer problema ou assunto concreto não deve ser abordado em si mesmo, de forma fragmentada, como se não estivéssemos tratando com uma pessoa, mas sim em sua relação com a totalidade da experiência vivida – incluindo aspectos cognitivos, afetivos, sensoriais, sociais, bem como o presente, o passado e o futuro. É a pessoa como um todo, historicamente situada, que vive determinados problemas e situações e que dá a eles determinados significados e valorações, e é ela, por inteiro, que deve ser acessada e atingida na abordagem dos mesmos.

Isso denota uma mudança e alargamento do horizonte normativo que rege essa ação, como nos propõe Ayres (2004), em sua discussão sobre os sentidos do cuidado. Ocorre uma ampliação do foco desta prática, de um problema e questão específicos, para a pessoa como um todo. Isso nos remete a uma “*visão mais integral, articulada e não esquartejada dos problemas humanos*”, uma visão que leve em consideração o projeto de felicidade e de realização pessoal dos indivíduos, bem como suas frustrações.

Rogers sugere também o quanto é preciso abrir mão de um direcionamento prévio e preciso, centrado no profissional, se queremos construir uma relação que seja de ajuda *para o outro*, isto é, se realmente queremos acessar todos os elementos que são significativos para este outro. Somente este outro pode dar acesso aos próprios significados, vivências, representações e interpretações relacionadas à sua específica realidade, a forma como percebe e vivencia as situações da vida e a relação que faz dessas situações específicas, com outras áreas de sua vida, contribuindo assim, para uma maior delimitação e clareza dos diferentes elementos envolvidos em sua situação de vida, e auxiliando na elaboração de escolhas e posicionamentos mais conscientes, satisfatórios e seguros. (ROGERS, 2005 a).

Essa perspectiva traz para o debate não apenas a *visão mais objetiva e socialmente construída* sobre as temáticas em questão, mas a percepção e significação pessoal dada a

elas. Portanto, da mesma forma que a terapia cognitiva comportamental e a terapia existencial, Rogers mostra a importância não apenas dos contextos e das situações objetivamente conformadas, mas do modo como as pessoas percebem e significam essas situações, uma vez que *“não é a situação que diretamente afeta uma pessoa, mas a forma como ela percebe, interpreta e responde a tal situação”* (BECK, 2000), pois, se dois indivíduos forem expostos a um estímulo complexo comum, é provável que apresentem respostas bem distintas. (YALON, 2002).

Pode-se perceber que, para Rogers, a *relação é em si*, o elemento *terapêutico e transformador*, e não apenas o contexto em que o processo terapêutico ou de ajuda interpessoal se desenrola, a partir de outros recursos usados pelo profissional. Rogers está preocupado, com a *natureza, com os valores* e com os *traços característicos* dessa relação.

No campo das DST/aids, é interessante notar que a *concepção de aconselhamento* sofreu algumas modificações na forma como foi definida, principalmente pelos manuais nacionais (desde 1988 até sua última versão direcionada à atenção básica em 2005).

Em um primeiro momento, o aconselhamento, apesar de ser visto como um processo que pode ajudar o indivíduo a se entender melhor, conviver com seu ambiente e mudar seu comportamento, fundamenta tais mudanças estritamente na provisão de informação técnica atualizada. É concebido e desenhado como uma estratégia e um procedimento absolutamente diretivo, focado no esclarecimento intelectual, no fornecimento de informações (em conteúdos específicos a serem abordados e explicados) e no provimento de sugestões de comportamento e de ação, previamente estabelecidas pelas políticas públicas, pelos estudos epidemiológicos e conhecimentos existentes sobre prevenção e pelos discursos técnico-científicos das diversas áreas teóricas implicadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

“Aconselhamento é um processo que pode auxiliar o indivíduo a entender melhor e lidar com seus problemas, conviver com seu ambiente social e, quando for o caso, motivar para a mudança de comportamento. É desenvolvido através de informação e educação direta e pessoal e tem papel crítico na prevenção e controle da SIDA/AIDS”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988; p13).

Em um segundo momento, o aconselhamento passa a ser realmente definido como uma *ação educativa em saúde*, porém entendido como uma estratégia de orientação mais dirigida às necessidades e dificuldades individuais, contudo ainda *centrada na informação e no conteúdo a ser abordado*, que deveria ser padronizado e uniforme. O manual de 1989 cita, inclusive, que deveriam ser utilizadas *técnicas uniformes* para o desenvolvimento dessa prática, mas não especifica que técnicas seriam essas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Vale, porém, perguntar-se: como individualizar um conteúdo normativo? Para ser individualizado ele deveria permitir-se ser revisado, ampliado e transformado em função dos contextos, experiências e projetos de vida dos indivíduos. Não é possível particularizar um conteúdo normativo, a menos que se abra mão da preservação de todas suas características originais, que se não se seja intransigente, e se flexibilize o mesmo; a menos que se permita que esse conteúdo normativo se funda com outros conteúdos, normas, valores, prioridades e significações pessoais e culturais. Este já era um primeiro limite dessa concepção de aconselhamento.

O manual de 1993 (Normas de Organização e Funcionamento dos COAS) também não distingue entre o aconselhamento e a educação em saúde, mas considera que o aconselhamento deve se mostrar efetivo na motivação para mudança de comportamento, mesmo não indicando o que deveria ser feito para isso. Estes manuais nacionais parecem associar a mudança de motivação, disposição pessoal e a capacidade de alterar comportamentos, estritamente ao convencimento intelectual sobre os riscos existentes em geral (de infecção pelo HIV), e ao acesso a informações técnico científicas; até porque não direcionam e instruem sobre como deveria ser uma abordagem mais personalizada, ou como poderia se realizado o manejo de aspectos afetivo emocionais.

Nesse momento, porém, o aconselhamento já sugere pautar suas ações em valores específicos. Dessa forma, sugere, por exemplo, que se construa uma relação de *confiança com o outro*, contudo não discutem, quais as condições necessárias para o estabelecimento desse tipo de relação. A confiança, nesse caso, parece ser relevante apenas para que o aconselhando acredite nas informações e sugestões propostas pelo profissional e não para que se estabeleça uma relação mais próxima, verdadeira, autêntica entre as duas partes, ou para que o entrevistado possa efetivamente se colocar, expressar vivências e sentimentos,

questionar, discordar, e ser si mesmo por inteiro na relação, pois isso exigiria que o foco não estivesse apenas nos conteúdos, mas na pessoa do entrevistado. Além disso, aparenta ser uma *confiança unilateral*, pois os contornos dessa concepção de aconselhamento não parecem alicerçar-se na confiança do profissional em relação ao cliente/paciente, que precisa ser informado e dirigido para um caminho já determinado, e sim na confiança do cliente em relação ao profissional.

Em um terceiro momento, a concepção de aconselhamento no campo da aids vai se abrindo e se remodelando. Esta nova concepção é apresentada principalmente a partir do conhecido “Manual de Aconselhamento em DST/HIV/aids - Diretrizes e Procedimentos Básicos” de 1997 (editado quatro vezes até o ano 2000), do “Manual de Diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA” (2000), e depois reforçada pelo “Manual de Aconselhamento em DST/HIV/aids para a rede básica” (2004b). Nesses materiais, ela se mostra muito mais claramente *baseada e influenciada* pela Abordagem Centrada na Pessoa, de Rogers.

Nesses manuais, o aconselhamento não é visto como um procedimento estruturado e fechado ou como uma técnica, mas sim como um *diálogo*; uma *relação comunicativa* baseada em *valores e atitudes* que visa proporcionar *condições favoráveis* e um ambiente propício para que o *próprio indivíduo* avalie seus riscos, dificuldades e contexto, tome decisões e encontre maneiras satisfatórias de enfrentar os problemas.

É definido como um processo *individualizado e centrado no cliente*, que busca resgatar sua integralidade enquanto pessoa (não focado apenas nas dimensões cognitivas), que reconhece e tem a intenção de acessar sua *subjetividade em interação*, fundamentado em valores, tais como a confiança na capacidade e no potencial do indivíduo para ser sujeito de sua saúde e transformação, e alicerçado em atitudes pessoais, tais como a *escuta ativa*, interessada e empática. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, 2004b).

“Entendemos como aconselhamento 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 de recursos internos do cliente, para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; p 11).

“É um diálogo, baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões próprias e encontre maneiras de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b; p7).

Apesar de não explicitar e discutir que condições exatamente são essas, baseadas em que valores e atitudes e como poderiam ser estabelecidas, que é exatamente no que se concentra a teoria rogeriana, nessa nova concepção, o aconselhamento é visto como uma ação continuada (processo), centrado não em um problema, ou em um conteúdo específico a ser passado, ou mesmo em um rol de informações a serem coletadas; mas sim, na pessoa do cliente (sua demanda, motivos de vinda ao serviço, percepções, medos, dúvidas, questões, interesses, e dificuldades concretas).

Não é visto como um procedimento a ser feito *para o outro*, ou como a *indução de uma ação específica* a ser executada pelo outro, mas apenas com uma relação que consiga propiciar condições, para que o indivíduo avalie seus problemas, situação e riscos pessoais e tome decisões a respeito. Dentro dessa perspectiva, não é o profissional que avalia os riscos para o outro, ou que explora os problemas através de um questionário específico, ou dá as soluções mais adequadas. Ele apenas propicia condições para que o indivíduo possa fazer isso.

Ainda que essas definições carreguem também uma finalidade implícita (como um objetivo), é importante assinalar que tal a meta expressa na definição, ajuda a estruturar a própria concepção de aconselhamento, sendo que nos documentos de referência sempre existe, para além dessa finalidade exposta na definição, a apresentação de objetivos específicos norteadores da ação.

Vale a pena ressaltar que, nos manuais internacionais selecionados, há uma maior regularidade na forma como o aconselhamento é concebido, pois, desde o início ele é visto como um *diálogo e um relacionamento*, com três componentes fundamentais: *informativos*, *de suporte emocional* e *de ajuda para avaliação da realidade, riscos e tomada de decisão*.

Contudo, apesar de apontarem, como nos manuais nacionais, que o aconselhamento possui esses três componentes em sua estrutura; principalmente os manuais da Organização Mundial de Saúde (OMS-WHO), deixam claro que a característica maior do

aconselhamento enquanto prática (inclusive remetendo à suas origens e à sua história enquanto ação específica), é ser uma ação dirigida especialmente para o manejo dos aspectos *sócio culturais e afetivo emocionais* do diagnóstico, prevenção e tratamento das DST/HIV/aids, e, portanto, toda a dimensão informacional e cognitiva, está alicerçada e relacionada com o manejo dessas outras dimensões.

“É uma ação desenhada para responder às necessidades de suporte emocional e social existentes nas diferentes situações relacionadas ao HIV/Aids”.(WHO, 1995 a; p 11).

Assim, a dimensão educativa dessa atividade, ligada principalmente à passagem de informação, resolução de dúvidas e, em alguns casos, a problematização dessa informação no contexto em questão, é vista como um *complemento*, algo que pode ou não ser introduzido, e não como o foco principal da ação. A informação técnica sempre é vista como um possível *auxílio adicional* que pode ajudar o indivíduo a entender as diferentes dimensões e elementos que interferem em sua situação, contribuindo para ampliar a compreensão de sua reação e atitude dentro desse contexto, de forma a poder tomar melhores decisões e se posicionar.

Dessa forma, o *aconselhamento* e a *ação educativa* são, segundo o manual da OMS (WHO, 1995 a), atividades significativamente distintas, apesar de possuírem alguns elementos em comum, como: a sua dependência em estabelecer uma efetiva comunicação, seu papel de sempre fornecer acurada informação, seu compromisso em ser culturalmente contextualizado, e sua necessidade de avaliar e identificar o conhecimento prévio dos receptores sobre o assunto a ser comunicado.

O aconselhamento sempre será uma comunicação *confidencial, íntima e pessoal* em resposta às necessidades do cliente, e que acessa a dimensão afetivo-emocional dessas temáticas, bem como as significações individuais, fornecendo caminhos para a confrontação e avaliação dessas vivências. Há, portanto, nessa prática, uma grande necessidade de habilidades interpessoais e não apenas de informações técnico-científicas, habilidades de escuta e comunicação, e habilidades para acessar e manejar emoções, sensações e significações particulares.

Já a ação educativa no campo da saúde é uma comunicação *mais genérica*, não confidencial e pessoal, e é desenhada de acordo com as necessidades da saúde pública. Ainda que leve em conta a realidade contextual dos indivíduos, ela não está estruturada e preparada para oferecer suporte emocional aos mesmos. Diferentemente, a informação sobre fatos e situações oferecida no aconselhamento é *personalizada* e alicerçada na história pessoal do paciente, e só é relevante na medida que se vincule e responda a necessidades específicas do indivíduo e contribua para a sua auto conscientização e auto compreensão.

O aconselhamento difere de uma ação educativa, pois ajuda as pessoas a lidarem com a dimensão afetivo emocional e social dessa vivência e experiência de vida, personalizando as informações e mensagens, tornando possível uma avaliação pessoal de risco que ajude o cliente a tomar decisões sobre sua vida. (WHO; 1995 b; p5).

Esta leitura do aconselhamento está, novamente, mais apoiada em um horizonte de ação *centrado no cliente*. Além de ser centrada no cliente, a finalidade intrínseca dessa definição do aconselhamento é a *autocompreensão, a possibilidade de manejo e autogestão* do cliente em relação a uma determinada realidade.

Pode-se assim perceber, que os *manuals internacionais* de aconselhamento em DST/aids possuem uma influência clara e marcante da abordagem rogeriana, e, portanto, uma maior abertura para a construção de uma relação não programada, focada na dimensão afetivo-emocional e social das vivências dos clientes e nos significados dados a elas, por cada indivíduo. Da mesma forma, há uma maior explanação e discussão sobre as posturas e atitudes a serem desenvolvidas pelo profissional em diferentes contextos (de crise, de tomada de decisão, de resolução de problemas).

A despeito da importante mudança de perspectiva na *concepção e conceituação* do aconselhamento nos manuais brasileiros no decorrer do tempo, percebe-se que os próprios manuais não estruturam os objetivos, procedimentos e ações propostas com base na perspectiva rogeriana, pois não vão, como Rogers, até as últimas conseqüências dessa concepção de relação de ajuda. Assim, pode-se perceber uma dissonância, entre a concepção proposta de aconselhamento centrada no cliente, e os objetivos e procedimentos

sugeridos (centrados no profissional e na pautas da política de prevenção). Sendo assim, como veremos na análise dos outros aspectos, os manuais acabam fornecendo proposições e sugestões que muitas vezes são incompatíveis, desarmônicas, ou que competem entre si, deixando os profissionais em uma situação confusa, pois, defendem valores, princípios e atitudes que não tem espaço para serem explorados, vividos e desenvolvidos na ação concreta, tal como é prevista.

7.2. Objetivos e resultados esperados em uma relação de ajuda

Apesar de passarem por algumas modificações na forma como foram apresentados, os *objetivos de uma relação de ajuda* no decurso da obra de Rogers sempre foram organizados e construídos a partir da perspectiva do indivíduo em questão, ou seja, sempre estiveram *centrados na pessoa* que receberia ajuda. Assim sendo, ela sempre participaria da delimitação daquilo que seria abordado e da meta a ser atingida.

Dessa forma, ainda que existam problemas específicos a serem superados, situações particulares a serem compreendidas e decisões relevantes a serem tomadas, o objetivo da relação de ajuda será sempre o de permitir ao indivíduo um maior grau de autocompreensão, uma maior clareza da natureza dos obstáculos e dos recursos existentes, uma maior exploração de seu campo experiencial, para que possa identificar e entender melhor; os elementos internos e externos que vulnerabilizam sua condição existencial num determinado momento histórico, de forma a contribuir na interferência e ingerência do próprio indivíduo sobre essa configuração. O objetivo será sempre o de *ajudar o indivíduo a ajudar-se*.

O aconselhamento enquanto uma relação de ajuda deixa, portanto, de se fixar em objetivos fechados e pré-concebidos, para se concentrar na criação de condições favoráveis para que o próprio indivíduo analise e compreenda sua realidade, estabeleça seus objetivos em relação a seu momento de vida e mobilize recursos para atingí-los. (ROGERS, 2001b, 2005 a).

Dentro dessa perspectiva, uma questão que está na base da construção de objetivos para o aconselhamento, é a de *quem escolhe os fins do cliente*. Segundo Rogers, o grupo que defende uma posição mais diretiva admite que seja o profissional a selecionar os objetivos desejáveis, socialmente aceitáveis e aprovados que o indivíduo deve atingir, e

esforça-se, portanto, a ajudá-lo a alcançá-los; fornecendo informações, sugestões, indicações, estímulos e idéias de como isso poderia ser realizado. Supõe-se que, no assunto em questão, o profissional tem maiores condições de conduzir e de decidir o que seria melhor para o cliente.

O posicionamento não diretivo baseia-se na convicção de que o cliente tem o direito de escolher seus próprios fins na vida, mesmo que esses sejam divergentes daqueles que o profissional teria escolhido para ele. Crê-se na capacidade do indivíduo de fazer escolhas positivas e de estabelecer posicionamentos mais adequados à sua realidade, se conseguir delimitar os diversos componentes e as diversas forças que interagem para conformá-la. Além disso, admite-se a impossibilidade, a inutilidade, a ineficiência, a arbitrariedade e a prepotência de se tentar gerir e conduzir diferentes aspectos da vida de outrem, ainda que seja com o consentimento dele mesmo.

Com relação à questão dos resultados esperados em uma relação de ajuda, podemos destacar que uma das importantes indagações presentes na obra de Rogers era: *“o que acontece em uma relação de ajuda realmente de êxito? Que tipos de mudanças são produzidos, e o que produz essas mudanças? Apesar das mudanças serem diferentes entre as pessoas, é possível identificar e discernir algumas generalidades, ou, de algum modo mais objetivo e científico descrever os efeitos mais abrangentes que esse processo provoca nas pessoas em geral?”* (ROGERS, 1981; p123).

Com esse norte, Rogers desenvolveu diversos estudos e investigações para tentar descrever e analisar os resultados obtidos nos processos terapêuticos centrados no cliente, que efetivamente haviam provocado uma alteração significativa na vida do cliente.

Assim, os resultados descritos por Rogers nesse tipo de relação de ajuda, possuem um fundamento essencialmente empírico, pois estão fortemente alicerçados em sua experiência clínica e na pesquisa em torno dela.

Tais resultados, em consonância com sua própria visão de relação de ajuda, são também referentes à pessoa em sua integralidade e estão diretamente relacionados com a aproximação que o indivíduo faz de sua própria experiência e vivência, isto é, são mudanças relativas principalmente ao modo como o indivíduo *percebe e posiciona-se com relação a si mesmo e à sua realidade*. Ainda que tais resultados possam ser muitas vezes criticados por mostrarem-se amplos, genéricos e ideais, vale lembrar que Rogers foi um dos

poucos terapeutas e teóricos do campo da psicologia que deixou claro, tanto os objetivos da relação terapêutica, como os resultados esperados, propondo ainda condições específicas para alcançá-los. (WOOD; DOXSEY; ASSUMPCÃO; et al.,1994).

Os principais resultados alcançados pelos indivíduos que participaram de tais processos de ajuda, foram descritos por Rogers da seguinte maneira (ROGERS, 1981; 2001): 1) maior abertura à própria experiência, ou seja, maior disponibilidade e capacidade de acessar, enxergar, aceitar e compreender os diferentes elementos objetivos e subjetivos presentes em uma dada situação; 2) visão mais realista de si e de sua realidade; 3) menor rigidez e maior flexibilidade para enxergar e manejar com a realidade; 4) maior abertura a mudanças de atitudes e a transformações em sua própria vida; 5) maior autodireção, autonomia e responsabilidade por si mesmo; 6) visão e expectativas mais realistas das pessoas à sua volta.

Esta visão de *resultados esperados* para uma relação de ajuda efetiva; também amplia consideravelmente o horizonte normativo dessa prática para uma dimensão mais existencial, tornando a expectativa em relação ao atendimento mais abrangente, aberta e, ao mesmo tempo, mais dependente da singularidade e da disponibilidade individual.

Inserir-se ainda nessa perspectiva, o compromisso do profissional não apenas com um problema determinado, uma política, ou com a superação de um mal coletivo, ainda que esse norte possa participar do atendimento desenvolvido, mas introduz-se também, e principalmente, um compromisso com a felicidade humana, com o que Rogers chama de “vida boa”.

“O que chamo de vida boa é um processo, não um estado de ser. É uma direção e não um destino. É escolhida pelo organismo total, quando este tem liberdade de mover-se em qualquer direção”.(ROGERS, 2001 a; p 213).

Se na abordagem rogeriana, é possível notar uma concordância, uma mesma lógica e uma articulação entre a *concepção*, os *objetivos* e os *resultados* de uma relação de ajuda (todas centradas no cliente, não pré-determinadas e fechadas); o mesmo não acontece no campo das DST/aids.

O aconselhamento em DST/aids, principalmente a partir de 1997, apesar de ter sido concebido como uma relação de ajuda, individualizada, centrada no cliente, que pretende criar condições para que o *próprio indivíduo* identifique e resolva seus problemas; acabou por concentrar objetivos que não são totalmente consoantes com essa concepção de relação de ajuda, bem como são muitas vezes discrepantes e destoantes em seu direcionamento e finalidade, disputando freqüentemente entre si, tanto a atenção do profissional, como a forma de condução e organização do atendimento.

Em todos os manuais nacionais e internacionais, ainda que de formas distintas, os objetivos do aconselhamento em DST/aids concentram e misturam *metas e preocupações* comprometidas com o *plano individual*, mais abertas e focadas na singularidade e dinamismo da pessoa em questão, e *metas coletivas e sociais*, mais diretivas, fechadas e conformadas, ocupadas com um ideal fixo de bem estar social e com uma visão global de vida saudável, muitas vezes distantes da realidade individual. Entretanto, ambas as metas, pretendem ser igualmente atingidas *pelo aconselhamento* e dirigem-se simultaneamente ao indivíduo em questão, sugerindo que o mesmo seja abordado tanto em uma perspectiva normalizadora e genérica sobre o seu comportamento, como em uma perspectiva fortalecedora e reconhecadora de sua autonomia e singularidade.

Dessa forma, metas mais personalizadas e indeterminadas são propostas, tais como: *a redução do nível individual de estresse; a reflexão e autocompreensão pessoal que possibilite a percepção dos próprios riscos e revisão de seu posicionamento frente a eles; o estabelecimento de condições favoráveis para que o indivíduo identifique e enfrente situações adversas e possa tomar decisões; o empoderamento e fortalecimento da autonomia do indivíduo; o suporte e expressão emocional para enfrentamento de dificuldades e assuntos difíceis; e a promoção da autoconfiança individual*. Estes objetivos contudo, convivem com outros mais gerais, coletivos e pré-configurados, tais como: *a quebra da cadeia de transmissão das DST e HIV; adoção de práticas consideradas seguras ou mudança de comportamento de risco; comunicação e tratamento de parceiros; adesão ao tratamento; e o fornecimento de informações atualizadas sobre as DST/HIV/aids*. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; WHO, 1995 a, 1995c).

Com esta configuração, o aconselhamento em DST/aids agrupa tanto uma proposta diretiva, como uma não diretiva em sua estrutura, ou seja, existe um descompasso, entre

uma *concepção de aconselhamento* baseada em valores e princípios de uma ação não diretiva - alicerçada no estabelecimento de condições propiciadoras à auto-exploração e auto-avaliação da situação individual - e *objetivos e procedimentos* centrados em uma postura diretiva - em fornecer informações e explicações previamente estipuladas, e recomendar determinadas práticas.

Isto significa que, pautas abertas e menos diretivas, porém mais personalizadas e contextualizadas, isto é, que contemplam necessidades e interesses particulares do indivíduo; concorrem com pautas mais estruturadas, padronizadas e também mais abrangentes e genéricas que contemplam necessidades, interesses e prioridades de políticas públicas determinadas e da saúde coletiva em geral.

O problema está em que esses dois focos de ação, esses dois tipos distintos de preocupação e prioridades, traduzem dois compromissos distintos a que é levado o profissional, exigem que se dirija o atendimento para caminhos diversos, bem como propõem que o profissional se posicione de formas diferentes para com o cliente: compromisso com o indivíduo enquanto pessoa em sua integralidade, com suas urgências, interesses, valores e singularidade (uma agenda individual); e compromisso com, procedimentos, preocupações e demandas epidemiológico-sanitárias, ou seja, com as políticas universais de prevenção e assistência às DST/aids (uma agenda coletiva).

Dessa forma, o aconselhamento em DST/aids, a despeito de assentar-se em princípios e valores muito similares aos propostos pela abordagem rogeriana - como resgatar a integralidade do sujeito enquanto pessoa, recuperar sua auto-estima, conscientizá-lo de suas atitudes, seus recursos e limites, valorizar e fortalecer sua autonomia - tenta conjugar esse norte com objetivos e prioridades não centrados na pessoa em sua existência singular, mas sim orientados por uma demanda pública.

“Naquela sala, se encontram e dialogam o aconselhador, representante do discurso da prevenção e da saúde coletiva, e o indivíduo, receptor desse discurso, convidado a revelar seu comportamento privado e a submetê-lo ao crivo da normatização e normalização” (ACHKAR, 2004).

“As ações de prevenção supõem um convencimento pedagógico: uma pessoa aceita orientações que lhe são dadas de como proceder diante das situações de risco de infecção e adoecimento para que permaneça sadio, normal. O discurso preventivo trabalha sobre fatos, sugere condutas, apóia-se em indicadores epidemiológicos” (SZAPIRO, 2004).

Essa ambigüidade e esse conflito oculto nos objetivos propostos para o aconselhamento em DST/aids, além de dificultarem uma atuação mais coerente, unificada e qualificada dos profissionais, traduzem o que podemos considerar um dos grandes impasses e paradoxos existentes na prática de assistência e prevenção no campo da saúde: o persistente antagonismo e a aparente incompatibilidade entre o foco na dimensão sócio simbólica e individual do cuidado e a dimensão epidemiológico-sanitária da atenção à saúde. Podemos, da mesma forma, expressar esse conflito como o distanciamento existente entre a racionalidade do discurso da prevenção e da assistência e a racionalidade da vida cotidiana, isto é, a dificuldade de compatibilizar o tempo e a lógica do raciocínio epidemiológico-sanitário (com sua urgência em controlar a epidemia e combater o mais precocemente possível todas as possibilidades de risco e infecção), com o raciocínio e a temporalidade do pensamento centrado na pessoa e em seu crescimento.

“O aconselhamento, como tecnologia de intervenção, tem, como limite, exatamente este trabalho de ressimbolização que é demorado e incerto. Contudo, o momento da entrevista individual pode ser um momento privilegiado. Pode ser o momento de escuta da história de cada um e de cada uma. Pode ser o momento onde se realize, ainda que de forma frágil e não previsível, o encontro do aconselhador com o outro da prevenção na sua dimensão de alteridade radical, aonde todo o conhecimento transmitido é posto, de fato, em questão, diante de uma outra ética, que não é da vida saudável, mas sim a ética do desejável, daquilo que ali se coloca como impasse humano, entre a promessa médica da saúde e o outro do desejo de viver”.(SZAPIRO, 2004).

Vale a pena ressaltar que estes dois objetivos e intencionalidades, ou seja, esses dois modos de aproximação da realidade (foco no coletivo ou no individual), assim como as ações deles resultantes, são relevantes e indispensáveis para o campo da saúde e para o

controle da epidemia. Contudo, talvez eles necessitem, tanto ser articulados e remodelados em suas características e pretensões originais (estabelecendo-se em determinados momentos acordos *realmente possíveis* e que *façam sentido* para os indivíduos implicados), como, muitas vezes, não precisam ser todos atingidos e resolvidos em uma mesma prática específica. O aconselhamento é uma prática essencialmente individualizada em sua origem, o que nos leva a crer que as práticas de aconselhamento coletivas não são especificamente praticas de aconselhamento, mas sim outras técnicas grupais ou ações educativas. Deve-se, portanto aproveitar a riqueza e as possibilidades que esse tipo de espaço restrito ao campo interpessoal oferece.

Sabe-se hoje, que o cumprimento das metas preventivas envolve mudanças no plano sócio-simbólico, e não apenas na exterioridade dos comportamentos e práticas individuais, Implica também, na co-responsabilização e no engajamento dos indivíduos na transformação de sua realidade, na identificação de seus riscos e vulnerabilidades e na alteração de suas atitudes frente a eles. Impõe-se assim, o desenvolvimento e a utilização de métodos preventivos não massificados e padronizados, que se caracterizem pela ação particularizada, voltada ao sujeitos individuais e a seus modos de significação própria.

Cabe lembrar ainda, que a tarefa de engajar o indivíduo em uma causa coletiva e de convencê-lo racionalmente da relevância de um discurso socialmente conformado, mesmo que importante em determinados momentos e contextos; é bem diferente da tarefa de ajudar o indivíduo a enxergar-se, observar e analisar elementos de sua realidade, relacionar determinado problema com o resto de sua experiência de vida, contribuindo para que o mesmo tome decisões e posicione-se de forma mais consciente, autônoma e responsável. A ênfase *apenas* em protocolos, conhecimentos e procedimentos padronizados caminha em sentido diverso da postura necessária para acessar experiências, percepções e a compreensão do indivíduo em cada uma das situações. Promover e incentivar um determinado comportamento e uma ação pré-fixada aponta em uma direção distinta de ajudar o indivíduo a compreender-se e tomar livremente decisões pessoais. Compete avaliar, qual dessas tarefas é mais adequada e condizente com o contexto, a configuração, a estrutura, a concepção e a especificidade da prática de aconselhamento.

É preciso estar ciente também de que, na conformação e no dinamismo dos riscos e vulnerabilidades dos indivíduos, existe tanto a influência mais objetiva de fatores sociais,

econômicos e estruturais, como a influência mais subjetiva dos significados, simbolismos, afetos, interpretações, idéias e vivências afetivo-emocionais relacionados a estas realidades e contextos. Deve-se considerar a importância de acessar e compreender também esses elementos, individualizando o cuidado oferecido, ao invés de insistir em posturas mais padronizadas. Sempre será difícil ajudar o outro a tomar decisões e a posicionar-se de forma consciente, sem que ele entenda os diferentes contornos de sua realidade e sentidos intrínsecos à suas atitudes, questionamentos, solicitações e dúvidas.

Podemos supor que existem espaços mais adequados e apropriados para uma aproximação compromissada especificamente com a conscientização e informação sobre problemas e questões de ordem coletiva, tais como: as informações sobre as tendências da epidemia; os tipos de comportamento e situações de risco existentes; a divulgação sobre as ações de prevenção diagnóstico e os cuidados que a rede pública oferece; a informação geral sobre a importância e uso do preservativo e outros insumos de prevenção; ou o incentivo para o engajamento em uma causa ou em uma ação específica. Entre estes outros espaços, podemos salientar, por exemplo, as campanhas educativas de massa e os trabalhos educativos com grupos sociais específicos.

É fundamental destacar, contudo, que o aconselhamento no campo das DST/aids ocorre em uma variedade de situações e contextos, que circunscrevem conteúdos, preocupações, motivações, procedimentos e recursos muito distintos entre si: aconselhamento pré e pós-teste no CTA, aconselhamento no pré-natal, na rede de atenção primária, em uma clínica de DST (antes e depois de um diagnóstico), atendimento a um portador do HIV ou doente de aids.

Alguns desses espaços têm uma organização mais flexível e uma duração menos delimitada, propiciando uma maior possibilidade de explorar e incorporar questões individuais e subjetivas, como o aconselhamento aos portadores do HIV. Nessas situações, ainda que intermediado por questões técnicas e operacionais do tratamento, o foco está em como o indivíduo lida, entende e supera suas dificuldades frente a diferentes questões suscitadas pela soropositividade ao HIV.

Contudo, existem espaços nos quais o aconselhamento tem uma estrutura e uma organização bem mais demarcada, pois nessas situações ele é utilizado principalmente para apoiar a execução de uma política pública específica (com procedimentos e

intencionalidades fechadas), ou seja, o aconselhamento é o espaço escolhido, para que procedimentos determinados sejam realizados e informações estratégicas sejam passadas. Os exemplos são o aconselhamento para a realização do teste anti-HIV no pré-natal, aconselhamento pré-teste no CTA, aconselhamento preventivo com vistas a incentivar o uso do preservativo ou com vista a identificar comportamentos de risco. Nessas situações, o tempo muitas vezes é bastante restrito e, por isso, tanto a urgência da política, como a relevância do procedimento proposto, assim como a conveniência do momento, tornam-se prioridade máxima da ação.

É principalmente no pré-natal, por exemplo, que se pode oferecer às gestantes a oportunidade de se beneficiar da política de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, explicando a relevância, benefícios e limites desses procedimentos. Nessas situações, em que o objetivo principal é a execução da política, o cliente, em suas diferentes dimensões, com suas necessidades e desejos; fica razoavelmente em segundo plano. Com essa pressão e compromisso é muito mais difícil incorporar a proposta de uma ação focada na avaliação particular que cada pessoa faz do momento em questão.

Entretanto permanece a questão: como manejar individualmente ou de forma personalizada, políticas públicas coletivas e gerais? A concepção rogeriana de relação de ajuda traz alguns elementos relevantes para essa discussão.

Um primeiro elemento importante refere-se ao fato de que, mesmo diante da variedade de situações e contextos, sempre é fundamental e possível, *não utilizar os procedimentos, informações e conteúdos, como guia para o atendimento.*

Isto significa não utilizar a relação interpessoal apenas para executar e cumprir uma lista de procedimentos-padrão e tarefas já previstas, mas valorizar a *experiência vivida* por ambas as pessoas existentes nessa relação e empregar como parâmetro para avaliar o que abordar, que informações trazer, que perguntas efetuar, que tipo de exploração fazer, sempre as próprias colocações, motivações, interesses e dúvidas do cliente. Isto implica em *usar efetivamente* cada conteúdo trazido e explicitado do cliente como rota para a condução e aprofundamento do atendimento, e não apenas como uma desculpa para encaixar determinado conteúdo e sugestão de interesse do profissional, isto é, não fazer da fala do cliente uma mera extensão do discurso do profissional. Significa aprender a aproveitar, de forma relevante para o indivíduo em questão, a totalidade das reações, respostas e atitudes

trazidas por ele. Sendo assim, os assuntos e as ações a serem executadas não são as molas propulsoras do atendimento, mas são a resposta mais adequada às demandas e as situações efetivamente encontradas.

Um outro elemento importante para redirecionar os objetivos desta ação é a importância que sempre deve ser dada, não apenas aos fatos e acontecimentos em si, mas aos aspectos subjetivos e experienciais desses fatos. A meta, dentro dessa perspectiva, é sempre ajudar o indivíduo a enxergar-se *dentro e em relação* à temáticas abordadas ; isto é, se autocompreender dentro desta cena, *avaliando e ponderando sua responsabilidade e participação nas questões discutidas*. O centro *é a pessoa* em relação ao problema, à temática e ao contexto.

Um terceiro elemento relevante que Rogers traz, é a possibilidade de sempre redesenhar e redefinir os objetivos daquele atendimento no contato com o outro, deixando cada atendimento, mesmo quando efetuado com uma mesma pessoa, e mesmo quando inserido dentro de um mesmo contexto, como o CTA, como um atendimento novo, dinâmico, variado, como um relacionamento interpessoal a ser construído e vivido a cada instante; como uma prática que está sempre em aberto e nunca é definitiva, nunca tentando trazer todas as temáticas, assuntos e ações possíveis para dentro de um mesmo atendimento, e nem considerar necessário executar a discussão de todos os tópicos ou explorar todas as propostas de ação sugeridas pelo manual, com todas as pessoas, ou seja, *aprender a abrir mão da onipotente postura de controlar, investigar e abordar tudo com todos*.

7.3. Papel e posturas do profissional

Outro ponto fundamental de análise, o qual Rogers, sempre colocou como um dos elementos centrais e basilares para a construção de uma prática de ajuda eficaz e resolutive, é a própria *atitude e postura* assumida pelo *profissional em relação ao cliente*. Sendo assim, desde o início de sua carreira analisou e executou várias pesquisas que se concentravam em estudar os efeitos de atitudes e posicionamentos de terapeutas de diferentes linhas teóricas e suas conseqüências no comportamento e atitudes dos clientes; bem como analisou a percepção que clientes de diferentes abordagens terapêuticas

possuíam, sobre o que havia sido mais decisivo, dentro da terapia, para a mudança de suas próprias atitudes pessoais.

“Em toda psicoterapia ou aconselhamento, o profissional é uma parte fundamental da equação humana. O que ele faz, a atitude que assume e seu conceito sobre seu papel influem enormemente na relação terapêutica”.(ROGERS, 1981; p32).

Sendo assim, a forma como o profissional entende e apreende, qual deve ser o seu papel diante do cliente, que está também relacionado com sua concepção de relação de ajuda e com a forma como percebe o lugar do cliente nesta relação, determinará sua condução do atendimento, suas prioridades, as técnicas utilizadas, sua expectativa em relação ao comportamento do cliente e o espaço que concede a ele nessa relação.

Um primeiro aspecto digno de nota em relação à postura e atitude do profissional proposta por Rogers é a sua disponibilidade para a *auto-restrição*, ou seja, sua deliberada abstenção de ser o centro e o elemento norteador da ação, bem como de utilizar o poder conferido por sua própria formação e papel profissional, para constranger o outro em relação a determinado comportamento ou opinião. Isto significa, que *não* cabe ao profissional *impor-se ao outro*, impor seus valores, interesses, e conclusões pessoais.

Segundo Rogers, a exagerada participação ativa do profissional na entrevista, perguntando, explicando, propondo, indicando, não favorece o insight e a autopercepção do cliente. Pelo contrário, tal autoconfrontação e insight são muitas vezes inibidos e até mesmo impossibilitados, devido aos esforços do profissional por criá-los forçadamente, ou por tentar conduzir o outro a uma conclusão específica. É como se o profissional não deixasse o cliente pensar por si mesmo, dentro de seu próprio tempo de apropriação e compreensão. (ROGERS, 1981).

Nesse sentido, o que Rogers propõe é uma *renúncia ao controle* sobre os resultados do atendimento, sobre a tomada de decisão e posicionamento do outro no aconselhamento. Isto implica em uma abdicação da inclinação comum de sempre tentar “remediar as coisas”, uma renúncia ao comportamento onipotente e ingênuo de monitorar, fiscalizar e controlar a vida do outro, ou seja, envolve não estar pressionado a garantir de todas as formas possíveis a solução julgada adequada. Sem essa pré-condição, não é possível tornar o atendimento

realmente centrado *no cliente*, deixando que ele avalie sua própria realidade e escolha seu posicionamento.

“A política da abordagem centrada na pessoa, implica que o profissional evite e renuncie conscientemente a qualquer controle sobre, ou a qualquer tomada de decisão pelo cliente. O *locus de tomada de decisão e a responsabilidade pelos efeitos das decisões, são centrados no cliente*”.(ROGERS, 2005c; p 15).

Sendo assim, apesar do profissional sempre trazer uma intencionalidade e uma expectativa própria – como diminuir risco de infecção, melhorar a qualidade de vida ou mostrar a relevância do uso do preservativo – e ainda que possa, em algumas situações, expor essa intencionalidade e expectativa ao outro, a ação proposta por Rogers não se assenta em uma *agir estratégico* (uma agir sobre o outro), que se importa essencialmente com a busca do êxito com relação a fins projetados, e vê o outro freqüentemente como um obstáculo à realização de seu plano de ação. Aproxima-se bem mais de um *agir comunicativo* (um agir com o outro), que busca acessar e entender as razões e motivos do outro, para depois articular perspectivas e possibilidades de encaminhamento que façam sentido dentro da totalidade de existência desse outro.¹

Esta perspectiva proposta por Rogers traz para a cena um novo movimento e posicionamento frente às ações preventivas. Qualquer ação de prevenção e cuidado discutida no aconselhamento necessita estar *articulada e permeável* (e, portanto, não estática e única) às circunstâncias de vida, aos valores, percepções e necessidades consideradas importantes por esse outro. O profissional deve estar aberto a soluções preventivas e ações de cuidado mais singulares e heterodoxas (AYRES, 2004) que fogem de um discurso pré-modelado, do tipo: “*todos usarem preservativo, sempre, em todas as relações sexuais*”. Deve poder usar a escuta acurada e a criatividade conjunta para ajudar o cliente a construir aos poucos, soluções viáveis e que façam sentido dentro de sua realidade,

¹ No agir estratégico, segundo Habermas, a linguagem aparece tão somente como meio de transmissão de informações, de convencimento e persuasão, o efeito de coordenação da ação ocorre por meio de influências recíprocas em que os atores perseguem fins. A interação se assenta em convicções monológicas e não consegue estabelecer um vínculo de reciprocidades que caracteriza a possibilidade de um acordo e entendimento mútuo. Já na ação comunicativa, a linguagem aparece como geradora de entendimento, fonte de integração social. Busca-se conhecer e compreender as razões do outro, busca-se o entendimento sobre uma dada situação. (Boufleuer JP, 1997; p 82-85)

mesmo que seja uma solução inesperada e distinta da usual. Além disso, deve procurar o significado atribuído pelo cliente às diferentes práticas, tanto de risco como de prevenção, e aos diferentes contextos de interação nos quais essas práticas ocorrem, de forma a ajudá-lo a compreender seu próprio posicionamento frente a eles.

Uma última discussão importante sobre a postura do profissional no atendimento, está relacionada à *centralidade* que Rogers dá às *atitudes do profissional* ao invés da centralidade nas técnicas a serem utilizadas. Para Rogers, qualquer técnica ou método utilizado na relação de ajuda – reconhecer sentimentos e pensamentos, clarificar e interpretar significados dados, confrontar atitudes, buscar associações – deve sempre estar em consonância com as atitudes do profissional, que devem, por sua vez, concordar com a concepção e os valores sobre a relação de ajuda. Os métodos e técnicas são instrumentos facilitadores, que devem ser utilizados sempre em conformidade a uma determinada postura e atitude terapêutica.

Deve-se ressaltar, contudo, que as atitudes do profissional são relevantes principalmente porque irão proporcionar um conjunto de *condições facilitadoras* a autoconfrontação e autoconhecimento do indivíduo e, portanto, contribuirão para promover o crescimento pessoal deste indivíduo.

7.4. Condições necessárias a uma relação de ajuda

A construção de uma relação de ajuda para Rogers se baseia fundamentalmente no *estabelecimento de condições*, dentro da relação interpessoal e intersubjetiva, favoráveis e facilitadoras à autopercepção, auto exploração, auto conscientização, e auto determinação do sujeito. Quando Rogers propõe que se proporcione um ambiente propício ao desenvolvimento humano e à autocompreensão, não está falando de mudanças e intervenções na estrutura material e física desse ambiente, mas em mudanças nas *atitudes e posicionamentos* interpessoais.

Concentrando-se no estudo do *processo terapêutico* (em suas diferentes formas), Rogers acabou por descobrir alguns elementos das próprias relações humanas envolvidos nesse processo que se mostraram extremamente importantes e úteis para o autoconhecimento, para o fortalecimento dos indivíduos nas situações de tomada de

decisão, para a superação e solução de problemas específicos, e para a mudança de atitudes individuais.

“Em outras palavras, progredimos na determinação dos ingredientes de uma relação, que promovem o crescimento pessoal” (ROGERS, 2001a; p 70).

Apesar dessas condições implicarem em posicionamentos, disponibilidades e experiências de ambos os indivíduos envolvidos (profissional e cliente), pois é uma relação intersubjetiva, Rogers ressalta que cabe ao profissional posicionar-se interiormente e exteriormente de forma a estabelecer essas condições, provocando no outro a possibilidade de responder, de situar-se e posicionar-se frente às mesmas.

7.4.1. Abertura, interesse, aceitação, consideração e respeito pelo outro

Um fator inicialmente importante para a criação de uma relação em que o outro se sintam envolvidos, motivado e confiante é o próprio envolvimento, implicação, disponibilidade e interesse do profissional nesta relação, e, mais especificamente, com a pessoa do outro. Isto implica na existência de uma determinada *disposição afetiva* no relacionamento que facilita o estabelecimento dessa relação. Mesmo porque, esta ação não é uma tarefa mecânica, mas uma vivência e uma experiência racionalmente e afetivamente motivada. Inclusive é uma relação motivada por valores, que geram disposições afetivas específicas, tais como: estima e apreço pela pessoa do outro; respeito por sua singularidade e peculiaridades; consideração por suas necessidades e interesses; confiança em seu potencial e possibilidades de enfrentamento e mudança. (ROGERS, 2001b; p11)

Apesar de ser também uma experiência afetiva (para ambas as partes), é uma relação nitidamente controlada e demarcada, com limites definidos, o que garante maior segurança a ambos os envolvidos. Nesse sentido, o profissional é suficientemente sensível e aberto às necessidades e preocupações do cliente, controlando suas próprias demandas e seus próprios interesses, sem ser, contudo, excessivamente identificado e envolvido na relação, de forma a não preservar sua própria identidade pessoal, prejudicando sua própria clareza, precisão e objetividade. Evita, assim, os extremos de reserva e distanciamento, e o

extremo de implicação, e desenvolve aos poucos uma capacidade de resposta interessada e de participação na vida do cliente, num grau limitado.

Além dessa abertura, disponibilidade e receptividade para com o outro; Rogers destaca a importância de se aceitar como legítimos todas as reações, sentimentos e pensamentos do cliente. Dessa forma, todos os tipos de vivências e conteúdos (agradáveis e desagradáveis, construtivos e destrutivos, interessantes ou desinteressantes, claros e confusos) têm espaço na relação. O cliente tem sua existência aceita por inteiro, tal como verdadeiramente é, ou como se apresenta no momento; com suas ambigüidades, contradições e idiosincrasias.

“Esta condição, implica que o terapeuta esteja realmente pronto a aceitar o cliente, seja o que for que o cliente esteja sentindo, e vivendo no momento: cólera, confusão, medo, desgosto, orgulho, desânimo, irritação, ironia, desinteresse, coragem, admiração. Significa que o terapeuta se preocupa com o cliente de forma não possessiva e autocentrada, que o aprecia mais na sua totalidade do que de uma forma condicional, que não se contenta com aceitar, simplesmente, seu cliente quando este segue determinados caminhos e desaprová-lo quando segue outros”. (ROGERS; 2001 a; p 72).

“Posso aceitar todas as facetas que a outra pessoa me apresenta? Poderei aceitá-la como é?” (ROGERS; 2001 a; p 63).

Desse modo, não se procura adequar, alterar, negar, distorcer ou minimizar a vivência e o sentimento trazido pelo outro, dando a eles um sentido, uma explicação e interpretação prévias e prontas, de forma a ficarem mais palatáveis e menos incômodos (como por ex: “você não pode estar se sentido tão abandonado assim, apesar de não conseguir falar com sua esposa, porque você mesmo disse que ainda tem amigos”, ou “você não precisa ter tanto medo de fazer esse exame, pois é sempre melhor saber sua situação sorológica de forma a poder se cuidar e minimizar as conseqüências, o quanto antes”, ou “porque você se sente tão mal e incomodado de usar preservativo? Tenho certeza de que você pode se acostumar com ele, você só precisa tentar”). Deixa-se que a própria exploração da experiência revele seu significado. Assim, permite-se que o ódio seja ódio, a

vergonha seja vergonha, e o sentimento de impotência e destruição sejam eles mesmos, e se busca nessa experiência os seus próprios motivos, conseqüências, possibilidades de enfrentamento e interpretações dados a ela.

Estar aberto ao outro implica em não entrar na relação com uma opinião pronta ou com um olhar definido sobre o outro, significa, não deixar que seu passado ou presente ou que um determinado diagnóstico, interesse, ou contexto limitem a capacidade de ver e ouvir o que o outro está realmente vivendo e trazendo para a relação. Significa *não encarcerar o outro em uma determinada expectativa prévia, uma identidade a priori*, seja uma categoria nosológica particular, um específico grupo social, reduzindo-o, por exemplo, a um portador de determinada patologia, a um representante característico de uma população considerada vulnerável, ou a um portador de um comportamento considerado de risco.

Envolve *deixar que seja*, isto é, requer não estar prevenido, baixar as defesas e pré-concepções, assim como, a necessidade de controle e dominação total da situação, permitindo que o momento de vida do outro, tal como é vivido por ele, participe da cena. Significa também, vê-lo como um *ser em processo de vir a ser*, isto é, um ser dinâmico, em constante transformação, um sujeito que se constrói a todo instante em seus contatos com o mundo, uma “não mesmidade” (RICOEUR apud AYRES, 2001). Rogers sempre se pronunciou contra, qualquer tipo de diagnóstico bio-psico-social do indivíduo que o enquadrasse em alguma tipologia genérica.

“Deixar o outro tornar-se e estar em constante mudança, não encarcerá-lo em um apreciação, classificação, ou definição fixa específica, cristalizada em algum aspecto de seu presente ou passado. (ROGERS; 2001 a; p 65).

Rogers sabe que sempre trazemos nossa própria história, preconceitos e interesses para a relação, mas sugere que sempre é possível restringir-se e refrear-se em determinados momentos, para que possamos melhor acessar e compreender as diferentes facetas da realidade à nossa volta. É uma postura que faz com que o indivíduo saia momentaneamente de si mesmo, de sua perspectiva construída e autocentrada, e vá, em direção ao mundo, com uma postura de *apreciação sem controle*, de admiração (como se aprecia um por de sol), sem imediatamente julgar, explicar, e classificar o que estamos vivendo (ROGERS; 2005c).

Essa atitude de aceitação envolve mais do que uma receptividade e interesse em relação aos conteúdos e particularidades do cliente. A fim de não enquadrar o outro, e com o intuito de permitir que o cliente sintasse-se seguro e livre para melhor explorar e compreender sua experiência presente, Rogers mostra o quanto é salutar inclusive para o profissional, ter um posicionamento que restrinja ao máximo a inerente e natural necessidade humana de classificar e pré enquadrar os fatos. Considera, a partir de seus estudos sobre as relações humanas e os processos comunicativos, que uma das maiores barreiras à compreensão mútua e à comunicação interpessoal é a tendência humana de pré organizar a realidade, sempre julgando e valorando os fatos positivamente e negativamente (o que traz um sentimento de segurança, controle e domínio da situação), sem permitir-se enxergar cuidadosamente a realidade sob outros aspectos e perspectivas. (ROGERS, 2001 a, 2001b).

Tal comportamento, apesar de natural, pois somos seres historicamente, socialmente e culturalmente inseridos, e, portanto, sempre vamos ao mundo com conceitos prévios, principalmente se usado em uma relação que pretende ser de ajuda ao outro, dificulta uma compreensão mais abrangente de uma determinada situação, especialmente de uma situação humana, que pode ser vivida e significada de diferentes formas.

“A maior barreira à comunicação interpessoal é a nossa tendência muito natural a julgar, avaliar, aprovar ou desaprovar as afirmações de outra pessoa ou de outro grupo, analisando-as a partir de nosso próprio quadro de referência, sem entender seu sentido ou significado para o outro”. (ROGERS, 2001 a; p 382).

“Essa tendência a reagir a qualquer afirmação carregada de emotividade, fazendo uma apreciação a partir de nosso próprio ponto de vista é, repito, a maior barreira à comunicação intersubjetiva”. (ROGERS, 2001 a; p 384).

Para conseguir fazer isso, o profissional deve ter respeito e consideração pelo outro como uma pessoa separada (como um não eu), legítimo em sua singularidade (com seus pensamentos e sentimentos), e com direito de fazer suas próprias escolhas.

“Poderei dar-lhe liberdade de ser? Ou sinto que ele deveria seguir meus conselhos, ou permanecer um pouco dependente de mim, ou ainda tomar-me como modelo?” (ROGERS, 2001 a; p 62).

“O terapeuta deseja verdadeiramente que o cliente organize e dirija sua própria vida? Permite que eleja metas ou ações que não diferentes das suas ou que são socialmente distintas daquilo que o terapeuta defende e acredita? Me parece que somente o profissional que deseje e se disponha a deixar que o outro escolha qualquer caminho ou direção compreenderá a força vital da capacidade e potencialidade do indivíduo para uma ação construtiva”.(ROGERS, 1981; p56).

Poder aceitar do outro qualquer tipo de experiência vivida (raiva, insegurança, desprezo, descrédito, ansiedade), sem sentir-se ameaçado, frustrado, cobrado e irritado enquanto profissional, exige, além de uma certa humildade e percepção de limites (abrir mão de uma postura onipotente e controladora), um certo fortalecimento, aceitação e consciência da própria identidade pessoal, distinguindo-a da do cliente, de forma a não imaginar que a escolha do outro depende estritamente das suas próprias reações, desejos e características pessoais. Pode-se perceber, que essa atitude de aceitação não é uma atitude mecânica ou ensinada, mas é uma disposição que pode ser experimentada e aprendida e que não ocorre em todos os momentos, mas, segundo Rogers, é uma disposição extremamente facilitadora para que o cliente sinta-se seguro e motivado a explorar melhor a natureza e contornos de seu problema.

“Poderei ser suficientemente forte como pessoa, para ser independente do outro e deixar que o outro seja independente de mim? Serei capaz de respeitar corajosamente meus próprios pensamentos e sentimentos, assim como os da outra pessoa? Serei bastante forte na minha independência para não ficar deprimido com sua depressão, assustado com seu medo ou envolvido em sua dependência? O meu eu interior será suficientemente forte para sentir que eu não sou nem destruído por sua cólera e medo, nem absorvido por sua necessidade de dependência e de respostas rápidas, nem escravizado por seu afeto, mas que existo independentemente das reações do outro?” (ROGERS, 2001 a; p 61).

“Não é possível ter essa atenção e aceitação incondicional todo o tempo e isso não deve ser considerado como um “dever”. Mas no momento em que o profissional está tentando se impor, se defender, ou está tentando provar para o outro que determinado comportamento não é adequado, sem simplesmente aceitar essas diferenças e contradições e depois tentar compreender, neste momento ele estará sendo menos útil para o outro, e menos eficaz”. (ROGERS,2001b; p11).

Essa atmosfera de interesse e aceitação cria, segundo Rogers, um ambiente mais protegido, que *facilita a autoconfrontação*, a possibilidade de *autocrítica e revisão de atitudes*. (ROGERS, 1981).

Rogers nos mostra novamente os limites de uma atuação mais impositiva, diretiva, e pautada em uma agenda, uma leitura e uma hierarquia estabelecidas por análises técnico-científicas e políticas determinadas. Acaba por resgatar as diferentes implicações do compromisso – tão defendido e valorizado pela saúde coletiva, pelos movimentos sociais organizados e pelas políticas de promoção da saúde – com a autonomia, coresponsabilização, autogestão, empoderamento e fortalecimentos dos indivíduos, de forma a que sejam sujeitos das práticas de saúde.

Contudo, esse posicionamento exige que os profissionais abram mão de um “lôcus de poder” determinado que de certa forma os protege de terem um envolvimento maior na relação, enquanto pessoas; bem como, sugere que os profissionais estejam mais dispostos a adaptar, ampliar, e rever suas estratégias de prevenção e estrutura de atendimento, de forma a responderem mais de perto às reais necessidades e dificuldades das pessoas em questão. Exige acima de tudo uma *disposição pessoal* que pode ser reforçada e qualificada por uma prática e por uma formação adequada; formação essa, que deve ajudar os profissionais a enxergarem-se em relação à incorporação e vivência dessas atitudes, bem como aprenderem o manejo de aspectos afetivo-emocionais.

Nos manuais nacionais de aconselhamento mais antigos (como o de 1989), as *condições propostas* para a execução do aconselhamento concentravam-se na *uniformidade de procedimentos* a serem efetuados e na *padronização de conteúdos* a serem abordados (o que fazer e sobre o que falar). A preocupação maior era claramente com a divulgação de informações técnico científicas, e não com a garantia de uma abordagem mais centrada no

cliente. Além disso, como se poderia ter uma atuação mais individualizada com esse tipo de condição proposta?

Nos manuais nacionais mais recentes (desde 1997 até hoje) e nos manuais internacionais em geral, as condições para a execução do aconselhamento não são baseadas em conteúdos e procedimentos, ainda que se valorize e se proponha uma lista dos mesmos, mas são baseadas em atitudes e valores.

Especialmente, o manual da Organização Mundial de Saúde de 1995 (OMS-WHO), apresenta uma série de condições e princípios importantes para o aconselhamento que tem uma influência obviamente rogeriana em sua concepção.

“As habilidades de aconselhamento podem ser aprendidas e utilizadas apenas por pessoas que estão genuinamente interessadas no outro. A menos que o profissional possa criar empatia com os sentimentos, vivências e significados que os conteúdos têm para o cliente, o aconselhamento falhará”. (WHO, 1995, p 26).

“Os profissionais não devem tentar: controlar; julgar; padronizar; normatizar condutas e comportamentos; rotular (em vez de tentar identificar motivações pessoais); induzir ao otimismo; motivar injustificadamente; não aceitar os sentimentos do cliente; oferecer sugestão, interpretação ou comentários antes do indivíduo ter oferecido suficiente informação ou tempo para chegar a uma solução pessoal”.(WHO, 1995 b).

“É necessário criar uma atmosfera que ajude o cliente a se sentir seguro para enfrentar e manejar seus medos e seus desconfortos”.(WHO, 1995 b; p 32).

Não obstante, a execução dessa proposta nas situações concretas de aconselhamento, nos diferentes espaços aonde ele é inserido, fica bastante comprometida pela própria estrutura e organização dos serviços e do atendimento prestado (pouco tempo, poucos profissionais e muita demanda); pela exigência que é feita aos profissionais de concentrarem-se na coleta de alguns dados (para o próprio serviço e para a área de vigilância e de prevenção do programa), de pautarem-se no fornecimento e esclarecimento intelectual de informações técnicas e no convencimento do cliente para se engajar em algumas ações; e pelo próprio tipo de formação proposto a esses profissionais que não

contempla e não discute de forma aprofundada tais condições e atitudes e o que é necessário para estabelecê-las.

7.4.2. Escuta e Compreensão Empática

Uma segunda condição, considerada por Rogers como absolutamente central e indispensável a uma relação de ajuda que pretende ser *centrada no cliente* é a postura de *escuta e compreensão empática*.

“Ser empático envolve uma escolha, por parte do profissional, quanto àquilo a que dará atenção, e mais precisamente ao mundo interno do cliente, do modo como este o percebe individualmente” (ROGERS; 2001b; p 12).

Sendo assim, a *compreensão empática* é em primeiro lugar, uma atitude de *aproximação deliberada do marco de referência interno do cliente*, ou seja, um acercamento da síntese dinâmica e pessoal que o indivíduo faz do horizonte normativo que o norteia (valores, tradições, crenças, suposições, regras e normas sociais), de forma a entender melhor as diferentes facetas existentes no campo perceptual do cliente (significados e valores atribuídos), tal como ele o comunica.

“ O estado de empatia ou ser empático, consiste em aperceber-se com a maior precisão possível do quadro de referências interno da outra pessoa, juntamente com seus componentes emocionais e os significados a ele pertencentes, como se fossemos a outra pessoa, sem perder jamais a condição de “como se””. (ROGERS, 2005b; p 72).

“É o interesse e desejo significativo, de compreender o que o outro me comunica, e os significados que aquilo tem pra ele, antes de avaliar que sentido e significado tem para mim”.(ROGERS; 2001a; p38).

Em segundo momento, a atitude de compreensão empática envolve *devolver e comunicar para o cliente*, tudo o que foi percebido e compreendido pelo profissional em

sua atitude de examinar e perscrutar os significados pessoais dados às situações específicas da vida, de forma a ampliar e clarificar a percepção do cliente, a respeito de si mesmo, isto é, ajudá-lo observar como ele parece estar vivendo, interpretando e se posicionando em relação a determinado problema ou fato da vida. De certa forma, o profissional se converte em um “outro eu para o cliente”, que se vê de novo e mais claramente, a partir da síntese e re-exposição que o profissional faz de sua vivência e experiência relatada.

“A função do profissional é assumir, na medida do possível, o marco de referência interno do cliente, para perceber o mundo tal como esse o vê, comunicando algo dessa compreensão empática ao cliente, que assim, clarifica suas próprias percepções.”(ROGERS, 1981; p40).

“Quando o profissional é sensível aos sentimentos e às significações pessoais que o cliente vivencia a cada momento, quando pode apreendê-los tal como aparentemente o cliente os vê, e quando consegue comunicar com êxito alguma coisa dessa compreensão ao cliente, estão está cumprida esta condição” (ROGERS; 2001 a; p72).

Em terceiro lugar, envolve *checar e avaliar com o cliente a precisão e a exatidão da leitura que o profissional fez* das vivências do mesmo, sempre reformulando e se certificando da validade e legitimidade de tais interpretações a partir das respostas (confirmações ou discordâncias) obtidas com o cliente, pois o objetivo é acercar-se de sua própria percepção.

Em último lugar, essa postura implica em *deixar de lado, momentaneamente, os próprios pontos de vista e valores pessoais* (do profissional), para acessar os valores e significados atribuídos pelo outro, ou seja, significa abster-se de construir intuitivamente (sem checar), recortes muito particulares e pré-direcionados, ou genéricos sobre o outro. Pressupõe estar disposto a *“ampliar a visão”* que se têm sobre o cliente, abstando-se da necessidade de julgar, explicar e classificar o outro. A compreensão e o reconhecimento do outro enquanto ser separado é mais importante que do que quaisquer julgamentos, interpretações ou explicações apressados.

“O terapeuta deve deixar de lado sua tendência a fazer avaliações e julgamentos profissionais, deve abandonar suas intenções de formular um prognóstico exato, deve renunciar à tentação de guiar sutilmente o indivíduo e concentrar-se na compreensão e reconhecimento das atitudes assumidas conscientemente pelo cliente nesse momento de vida, com relação aos assuntos relevantes para o mesmo”.(ROGERS, 1981; p 41).

Como vimos, Rogers sugere que se busque as valorações, pesos e significados que o próprio indivíduo dá a sua experiência. Contudo, esse acesso não é intuitivo e imediato, mas é mediado pela comunicação, isto é, pela exposição verbal, explicação e julgamento, que o próprio indivíduo faz de suas vivências. Assim, apesar da experiência subjetiva ser uma atividade individual, a *compreensão* da mesma, é uma *atividade comunicativa*, ou seja, os sentidos e significados fornecidos, são inevitavelmente e constantemente construídos e expressos por meio da linguagem. Há, portanto, sempre uma intersubjetividade que tem de ser suposta, pois existe uma comunicação e uma reconstrução de sentidos.

Sendo assim, o profissional, ao buscar o sentido individual (síntese particular e momentânea) que o cliente dá a um determinado conteúdo e vivência, seja expresso na forma de uma idéia, de uma sensação, ou de um sentimento, sempre precisará fazer uso do arcabouço comum do sistema lingüístico e dos significados conferidos a determinadas palavras e expressões, por uma específica cultura e época. De outra forma, não conseguirá entender o que está sendo dito, nem poderá captar a essência e idéia central do discurso, retraduzindo-o em suas próprias palavras, de forma que o cliente possa confirmar ou rejeitar o significado atribuído, e assim possa melhor enxergar e compreender racionalmente e vivenciar emocionalmente o sentido e as implicações de suas próprias vivências; expressas pela boca do profissional.

O próprio Rogers ponderou que só era possível alcançar o marco de referência do outro, primeiro, porque ele pode ser comunicado lingüisticamente, e segundo porque existe um substrato de experiências e vivências comuns (que para Rogers estão relacionadas principalmente à experiência do humano, pois ele não se concentra no quanto esse substrato é construído pela cultura), tornando possível a compreensão da realidade subjetiva comunicada.

“É possível alcançar em certa medida o marco de referência de outra pessoa, porque muitos dos objetos perceptuais, têm contrapartida em nosso campo perceptual e praticamente todas as atitudes frente aos objetos (medo, raiva, amor) tem estado presentes em nosso próprio mundo de experiências. Logo, podemos inferir, a partir da comunicação verbal do indivíduo e da observação de sua conduta uma parte desse campo perceptual e experiencial” (PCCI; p 420).

“Como seres humanos tentando enfrentar a vida, entendê-la e aprender com ela, dispomos de vastos conjuntos de coisas em comum... Se estivermos francamente querendo compartilhar algo, então há uma grande área na qual a compreensão é possível. Pelos pensamentos que estão na sua cabeça e que você, e ninguém mais, conhece é que começamos uma comunicação aberta e íntima” (ROGERS, 2001b; p 140-141).

Contudo, como podemos perceber, para Rogers, o entendimento mútuo no nível pessoal exige sempre que se acesse os “pensamentos que estão na cabeça do outro”, ou seja, demanda que se busque descobrir o que o outro realmente pensa, sente, e que sentido dá para determinado assunto ou fato.

Porém, se considerarmos o processo de compreensão a partir da perspectiva da filosofia hermenêutica de Gadamer, podemos acrescentar que o compreender em si, é mais do que uma ação específica em direção ao mundo, mas é nosso modo da existência, enquanto seres humanos (precisamos sempre compreender e dar um sentido). Portanto, conhecer um objeto ou uma pessoa é sempre tentar compreendê-la, porque: *“conhecer é compreender, compreender é interpretar e o interpretar só acontece na linguagem”* (GADAMER; 2003). É, pois, pela linguagem que chegamos ao outro. Qualquer compreensão, sempre envolve uma tradução, uma associação com algo prévio, já existente em nosso mundo perceptual, afetivo e cognitivo, sempre envolve pré-conceitos necessários para que se possa articular sentido; e envolve um terreno comum de significados socialmente estabelecidos, aos quais podemos nos agarrar e apoiar para acessar o universo do outro (mundo da vida).²

² Este *mundo da vida* é o que permite o entendimento entre duas ou mais pessoas, pois é um *saber de fundo*, apoiado em uma mesma cultura, época ou tradição, intuitivamente dominado, isto é, não tematizado ou problematizado, a partir do qual os participantes de uma conversação fazem suas operações interpretativas (Boufleuer JP; 2001p 44-45).

Essa discussão traz à tona, o quanto não é possível (nem relevante), se desvincular de conceitos e interpretações prévias em relação à realidade, pois estes, sempre contribuirão para fazer-se conexões de sentido, ampliando as possibilidades de compreensão de uma determinada cena.

Entretanto, para Rogers, apesar de sempre existirem conceitos, impressões e interpretações prévias socialmente estabelecidas, ou situações semelhantes já vivenciadas pelo próprio profissional; eles não devem ser os únicos elementos a balizar e guiar a interpretação que o profissional faz do cliente; principalmente se queremos que o próprio cliente enxergue melhor os diferentes significados que *ele mesmo* dá à sua vivência. Estes conceitos prévios do profissional devem, segundo Rogers, ser reconhecidos, acessados e inclusive devem ser utilizados em uma compreensão e percepção mais abrangente do outro (ou seja, o ponto de referência do profissional não deixa de participar da cena, como veremos na análise da próxima condição); mas, como eles conduzem a visão para um determinado recorte estabelecido *pele profissional*, eles não devem ser os guias da conversação, principalmente porque esta relação se propõe *centrada no cliente*. Deve-se deixar que o outro se apresente em sua alteridade.

Outro contraponto importante de ser realizado com o discurso de Gadamer é a afirmação realizada por esse último, de que, para compreender um texto ou um discurso, não é necessário que o intérprete se desloque até a constituição psíquica do autor, ou seja, que recupere exatamente o que o outro pensou e sentiu, não é necessário entrar na situação original do autor. Mas, sim, “*deslocar-se para a perspectiva aonde o autor conquistou a sua própria opinião. O que não significa nada mais, que procurarmos fazer valer o direito objetivo daquilo que o outro diz*”.(GADAMER; 2003; p386). O processo interpretativo é na verdade, uma fusão de horizontes e perspectivas do autor e do intérprete. Na verdade, para Gadamer a experiência de se transferir para a realidade do outro não só é desnecessária para a compreensão como não é possível, pois esta sempre envolve acessar o contexto e o horizonte aonde o autor formou o sentido e validá-lo a partir do contexto do intérprete. Sempre haverá uma interpretação na tentativa de compreensão do outro.

Apesar da visão desse dois autores em relação à forma como se acessa e se compreende a perspectiva de uma outra pessoa mostrarem-se distintas, pois enquanto Gadamer trata da compreensão como fundamento de qualquer diálogo, Rogers já trata da

compreensão com finalidade terapêutica. Contudo, vale a pena ressaltar, que Rogers não considerava a empatia como a possibilidade de viver, sentir e pensar *exatamente da mesma forma* que o outro indivíduo. Ao discutir os limites da empatia, várias vezes afirmou, que mesmo na atitude empática, o indivíduo que busca se deslocar para a perspectiva do outro, sempre deveria saber-se distinto deste outro, e ter claro que esse deslocamento é limitado e parcial, e essa experiência não é contínua e ininterrupta, mais marcada por momentos de maior aproximação e de menor aproximação do campo perceptivo do outro (e, portanto, não é tão diferente assim de Gadamer).

“Assim como podemos em uma gravura, perceber dois rostos no lugar de um candelabro, podemos com algum esforço, nos colocarmos bem próximos do marco de referência do cliente; mas, assim como a percepção da figura ocasionalmente se modifica para nós, em outros momentos voltaremos a ficar fora do marco de referência do cliente”.(ROGERS, 1981; p p42).

De certa forma, podemos dizer que há, na compreensão empática, ou seja, na tentativa de entender o sentido dado pelo outro a um determinado objeto, idéia ou fato, também uma fusão de horizontes; pois ela também é mediada pela linguagem, e o profissional, precisa a partir da experiência de comunicação, entrar em um acordo sobre qual o sentido que o outro tem dado a determinada questão e, para isso, utiliza-se de sua própria interpretação da fala do outro. Contudo, o que Rogers sugere, é que o profissional não deve simplesmente antecipar o sentido que o outro está dando ao fato, sem checar com ele, o mesmo, e sem tentar explorar a partir de onde este sentido foi construído (apoiado em que contexto, idéia ou crença, associado a que experiência, vivência ou sentimento); para somente a partir daí avaliar suas conseqüências, e mesmo poder questionar sua validade, possibilidades e limitações. Para Rogers, a própria postura de tentar entender o sentido do outro, sem pré julgá-lo e limitá-lo; já é altamente favorável à possibilidade de revisão, ampliação e reconstrução desses sentidos, pois não é possível alterar o que não admitimos e, nesse ambiente, as pessoas se sentem respeitadas e compreendidas e por isso mais abertas a auto confrontação.

Além disso, vale notar, que Rogers tem também uma preocupação em estabelecer pontes entre os indivíduos, e considera que tais pontes seriam sempre mais facilmente estabelecidas a partir do momento que cada um se disponibilizasse a acercar-se da perspectiva do outro, pois para fazer pontes e articular perspectivas, é necessário, não apenas ter clareza de seu próprio ponto de vista, mas *deixar-se aproximar* o máximo possível do universo do outro.(ROGERS, 2001b; p138).

Nesse sentido, o tipo de abordagem proposta por Rogers, não se configura especialmente como uma discussão intelectual ou como um debate argumentativo aonde cada um tenta convencer o outro sobre determinada idéia, dando razões específicas e mostrando a validade das mesmas; mesmo que este encontro possa ter momentos onde esta prática possa ocorrer. Na verdade, ainda que na relação intersubjetiva sejam investigados as razões e significados de determinadas situações e atitudes, o propósito não é instaurar um processo de contestação, argumentação e defesa, e sim criar uma ambiente seguro e livre para auto-exposição e auto-exploração, com vistas à uma maior *compreensão*.

Assim, o resultado a que se procura chegar *não é alcançado em argumentação ou na prova de uma idéia*, ou mesmo no incitamento do outro para que justifique racionalmente suas motivações. Até por que freqüentemente o cliente nem se sente preparado e disposto para isso, ou não tem muitas condições e clareza para argumentar as razões de seu comportamento, escolha ou opinião. A essência dessa relação de ajuda está na *autocompreensão mútua das razões e significados*, e não no convencimento; ou seja, está no reconhecimento das motivações, significados, e conseqüências de cada uma das questões e situações expostas pelo cliente.

Mesmo que listássemos uma multiplicidade de problemas e significações possíveis à vivência da testagem ou da soropositividade para o HIV, não conseguiríamos dar conta da variabilidade e diversidade de sentidos possíveis nessas situações. Não devemos, portanto, levar os sentidos prontos, definidos e construídos; devemos sim, estar abertos a novas, improváveis e até surpreendentes formas de entender e enfrentar o assunto.

A importância da escuta empática está relacionada também, ao fato de que ela possibilita ao cliente a experiência, de não apenas de sentir que a sua versão e percepção da situação são respeitados e considerados relevantes para o profissional, e, portanto podem ter lugar nessa relação, como também o libera de suas próprias defesas em relação à situação

em que vive, e reforça sua participação e co-responsabilização no enfrentamento da circunstância em questão.

“A prova mais importante que posso oferecer de que tenho confiança na potencialidade do indivíduo, para uma mudança construtiva e para escolher adequadamente sua direção, é o fato de que permito que o resultado e a solução dos problemas e questões expostos se apoiem especificamente em uma melhor compreensão do indivíduo em relação a si mesmo e à sua realidade” (ROGERS, 1981; p 45.).

Nos manuais nacionais e internacionais de aconselhamento em DST/aids, muitas são as referências, proposições e procedimentos diretamente implicados com uma postura de escuta e compreensão empática: dar a oportunidade ao indivíduo de redimensionar suas dificuldades, sentimentos e conhecimentos; facilitar a expressão de sentimentos; ajudá-lo a melhor identificar e delimitar sua demanda, entre outros.(WHO, 1995 a, 1995c).

“Os profissionais devem tentar colocar-se no lugar do outro... Embora os profissionais devam ter empatia também devem ter controle sobre suas emoções. Devem encontrar um equilíbrio entre separação e proximidade de forma a promover a autonomia do cliente”. (WHO; 1995 c; p 28).

“O profissional pode mostrar que está acompanhando o cliente, traduzindo o que ele disse com diferentes palavras, de forma a compreender melhor o sentido do que ele está dizendo (tornando o conteúdo mais inteligível, ou sugerindo um novo enfoque para o seu sentido)... Pode mostrar as relações entre as atitudes e posturas do cliente e suas conseqüências no ambiente e para si próprio, relações entre sentimentos e comportamentos, entre crenças e sentimentos... Pode confrontar o cliente com as inconsistências em sua história, comportamento ou discurso, (entre sua posição atual e seus reais sentimentos e necessidades, entre seus valores e atitudes)... Conteúdos ou questões percebidas como afetivamente importantes para o indivíduo (e não para o profissional) deveriam ser enfatizadas” (WHO; 1995 c; p 28).

Contudo, para assumir essa postura, o profissional deve *dar valor e espaço* para a experiência que o indivíduo tem de uma dada realidade. Pois, como é possível ajudar a se pensar estratégias e escolhas que dialoguem com a vivência que o indivíduo tem de seu contexto ou que se ajustem e se articulem com seu projeto de vida, se esta vivência e este projeto têm pouca legitimidade na relação estabelecida? Como será possível realmente personalizar e contextualizar as informações oferecidas se há pouco espaço para acessar e compreender a dinâmica individual?

Esta atitude de escuta e compreensão empática nos remete inevitavelmente a uma mudança de perspectiva do profissional que, mesmo em situações aparentemente fechadas e bem delimitadas (como o aconselhamento prévio à realização do teste anti HIV), poderia se interessar e se empenhar não apenas em explicar os contornos técnicos e operacionais da situação (o que é o teste, sua relevância, em que momento deve ser realizado, significado de seu resultado, como é executado), nem se concentrar somente em identificar características objetivas da chegada do paciente ao serviço ou de seu perfil sócio comportamental (coletando dados para o prontuário ou relatório); mas poderia se ocupar também e principalmente, dos significados e pesos dados *pelo cliente* àquela situação específica (o que significa para ele ter vindo a este serviço para fazer o teste, como ele está implicado nessa cena, o que esta situação tem a ver com sua história pessoal de vida, quais são suas razões, seus motivos, preocupações, interesses e demandas). O foco principal do atendimento, nesse caso, não seria, em primeiro lugar, corresponder às demandas objetivas, abrangentes e gerais do serviço, mas sim, atentar-se prioritariamente à específica e singular demanda de cada cliente. Isso remete novamente à ambigüidade, tensão e conflito existente no próprio objetivo do aconselhamento (entre uma meta mais individual e específica e uma meta mais geral) e nas expectativas que se tem em relação a esta prática.

Vale lembrar que na pesquisa realizada em 1995, pela Coordenação Nacional de DST/aids sobre a avaliação das ações de aconselhamento realizadas em diferentes serviços deste programa, entre os principais problemas encontrados na execução dessa prática estavam: postura de distanciamento em relação às expectativas e vivências do usuário; insegurança em se lidar com situações inesperadas; sensação de despreparo para o manejo de aspectos afetivo-emocionais; postura de “perguntador” sendo que as respostas do usuário não serviam como elementos para o diálogo; repetição de preceitos normativos para

a prevenção; priorização de um roteiro perdendo diversas oportunidades para a reflexão de riscos e atitudes individuais. A própria conclusão do estudo, remete à necessidade de preparar melhor os profissionais para se centrarem e responderem aos movimentos do usuário e não a um roteiro estabelecido.

Após cerca de dez anos, segundo pesquisas e levantamentos um pouco mais recentes (CASTRUCCI; KAMB; HUNT, 2002; MYERS, WORTHINGTON; HAUBRICH; et. al., 2003; PAIVA; PUPO, BARBOZA; 2006), as ações de aconselhamento não parecem ter se tornado mais aprofundadas, qualificadas e centradas no usuário, mas, pelo contrário, ainda parecem estar sem uma base e fundamento claros para se apoiar (apoiando-se então nos procedimentos e conteúdos), e muitas vezes continuam sendo vistas como superficiais, cansativas e dispensáveis.

7.4.3. Autenticidade e congruência

Uma terceira condição apontada por Rogers como fundamental para o estabelecimento de uma relação essencial e prioritariamente humana, na qual o elemento humano é central e não secundário, não sendo apenas mediado por uma técnica ou conhecimento específico, é a possibilidade do profissional de ajuda, juntamente com seu cliente, deixar-se aparecer enquanto uma pessoa inteira dentro do processo terapêutico/de aconselhamento.

Dessa forma, a *liberdade de ser si mesmo na relação* é estendida ao profissional, que sai de um padrão de comportamento pré-estabelecido e programado, não se aprisionando ou se engessando em seu próprio papel profissional, não restringindo sua escuta e sua sensibilidade (a si mesmo e ao outro), parando também de se proteger e se esconder atrás de uma aparente neutralidade ou do poder dispensado pelo saber técnico científico.

Na verdade, dentro dessa perspectiva, todas as principais atitudes indicadas para serem desenvolvidas com o cliente são igualmente importantes para o profissional enquanto pessoa; tanto a autoconsciência, como a auto-aceitação, a autocompreensão e a autonomia, devem ser vivenciadas também pelo profissional.

“Pode-se dizer que o esforço de compreensão e aceitação exercido pelo terapeuta centrado na pessoa deve ser dirigido tanto para fora quanto para dentro: o que estou sentindo, pensando, percebendo e associando nesse momento?”(Keithwood J; Doxsey JR; 1994; p 235).

Esta postura, chamada por Rogers, de *autenticidade, veracidade* ou *congruência*, abre espaço para que o profissional traga a si mesmo na relação, e tenha sempre acessível como uma ferramenta a mais para entender, compreender e interagir com o outro a sua própria subjetividade (pensamentos, sentimentos, intuições, sensações e percepções), sua própria experiência de vida, informações e conhecimentos acumulados, e inclusive suas próprias tradições culturais.

Para Rogers, contudo, os elementos mais importantes para serem acessados e considerados durante o atendimento são os afetos, sensações e intuições imediatas, pois não dizem respeito à vida pregressa, social e pessoal do profissional, e sim ao que está acontecendo no momento presente durante a relação interpessoal, e podem fornecer informações relevantes sobre o cliente ou sobre a relação intersubjetiva estabelecida.

A atitude de congruência possui três componentes centrais. Em primeiro lugar envolve que o profissional tenha acessíveis para si mesmo, no momento do atendimento, seus sentimentos, pensamentos, sensações, e associações imediatas que emanam a partir do contato com o cliente.

Em segundo lugar, envolve observar e considerar o que na situação ou no outro provocou tais vivências, buscando distinguir o que é ocasional e pessoal, relacionado ao cansaço físico do profissional ou a problemas de sua vida pessoal que estão interferindo no atendimento, a elementos do contexto onde ocorre o atendimento, e o que parece estar relacionado à própria relação interpessoal estabelecida ou às próprias reações e características do cliente.

Em terceiro lugar, implica em comunicar ao outro, tudo o que for percebido como relevante para ajudar o cliente a enxergar-se melhor, esclarecer posturas e reações específicas, e clarear diferentes aspectos da relação.

“O termo congruência significa que os sentimentos e pensamentos que o terapeuta estiver vivenciando estão disponíveis para ele, disponíveis para sua consciência e ele pode vivê-los, assumi-los e comunicá-los se for o caso”.(ROGERS, 2001 a; p 71).

“No lugar do termo autenticidade, às vezes tenho usado o termo congruência. Com isto quero dizer que, o que estou vivenciando num determinado momento, está presente em minha consciência, e o que está presente em minha consciência está presente em minha comunicação. Nesses momentos estou integrado ou inteiro... É evidente que na maior parte do tempo, como qualquer pessoa, eu apresento um certo grau de incongruência. Aprendi, no entanto, que a autenticidade ou congruência é fundamental para que a comunicação atinja seu máximo”.(ROGERS, 2005c; p 9).

Dessa forma, o profissional faz uso no atendimento, não apenas de seus conhecimentos especializados (de uma racionalidade pré-orientada e dirigida), e nem se apóia na execução rígida de uma atribuição estipulada ou na preservação de uma imagem inviolável. Ele está aberto para fazer uso da totalidade de elementos presentes em sua personalidade na leitura da situação, e disposto a descobrir e construir em conjunto com o outro, os sentidos e os significados possíveis na relação.

Nesse sentido, o profissional não somente aproxima sua escuta *do outro*, mas aproxima igualmente sua escuta de *si mesmo diante deste outro*, deixando-se “ser tocado” por este outro, e identificando o impacto que a presença do outro causa nele mesmo. Como nos afirma Ayres (2004), este tipo de disposição provoca uma *inflexão* no tradicional formato do atendimento, e privilegia a escuta acurada e a dimensão dialógica do encontro: o diálogo do profissional com o cliente; do cliente consigo mesmo; e do profissional consigo mesmo.

“Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão, foi o privilegiamento da dimensão dialógica do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Isto porque, naquele momento, foi possível ao profissional ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta voz da discursividade técnico científica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, são pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo”. (AYRES, 2004; p23).

O proveito dessa atitude pessoal na relação de ajuda está relacionado, segundo Rogers, a muitos fatores. Um primeiro elemento a ser considerado é o fato de que o reconhecimento e a assunção dos próprios pensamentos e sentimentos em relação ao outro, tornam essas vivências menos enrijecidas e imutáveis, aumentando o espaço para checar sua validade, seu significado e seus motivos na relação com o outro.

Assim, esta autoconscientização fornece uma maior abertura para a mudança, e torna a relação mais dinâmica e passível de ser transformadora para ambos os envolvidos nela. Até porque, só posso alterar o que aceito e reconheço; ao aceitar-se as vivências, pode-se fazer algo com elas. Se puder identificar e aceitar a impaciência, ou a irritação, ou a sensação de confusão, ou o sentimento de pena e necessidade de dar proteção, ou o tédio, ou o interesse e admiração, ou mesmo a sensação de impotência eliciada pelo discurso e postura do outro; é possível que os mesmos, possam auxiliar o profissional a entender melhor os contornos e a dinâmica da relação de ajuda, bem como as atitudes, papéis e as posições adotadas pelos indivíduos em relação à vida, e, dessa forma, abre-se mais espaço para que os mesmos possam ser confrontados e alterados se necessário.(ROGERS, 2001 a).

“Quando me aceito como sou, estou me modificando. Não podemos mudar o que não conhecemos e aceitamos. Não podemos nos afastar do que somos, enquanto não aceitarmos profundamente o que somos no momento”(ROGERS, 2001 a; p 20).

Esta postura ajuda também o profissional, a não culpar e responsabilizar o outro, pelos seus próprios sentimentos, impressões e pensamentos. E, ao contribuir para que o profissional assuma a si mesmo, e aceite o que está vivendo, fornece elementos para que ele também consiga aceitar e respeitar os sentimentos, pensamentos e posicionamentos do cliente.

Um outro elemento importante relacionado a essa atitude, é o fato da própria autenticidade, honestidade, naturalidade e espontaneidade do profissional na relação, facilitarem e provocarem uma maior autenticidade, sinceridade e diminuição da rigidez de comportamento no cliente. Segundo Rogers, o próprio profissional se torna mais confiável para o cliente, pois diminuem o mistério, a mistificação e o distanciamento em torno de sua

pessoa, ou seja, se torna mais fácil enxergá-lo como um ser humano. Como ele não está aprisionado no papel de profissional controlador, direcionador e solucionador da situação, o outro também se libera do papel de paciente dependente, inativo e recebedor. Estes dois papéis sociais não são ignorados ou negados, mas são revitalizados, humanizados e amplificados.

“A transformação da pessoa é facilitada quando o terapeuta é aquilo que é, quando suas relações com o cliente são autênticas, sem máscara ou fachada...” (ROGERS, 2001 a; p 71).

“Quanto mais conseguir ser genuíno (verdadeiro, honesto, sincero) na relação, mais útil esta será... É somente dessa maneira que o relacionamento pode ter realidade, e a realidade parece ser profundamente importante como uma primeira condição. É somente ao apresentar a realidade genuína que está em mim, que a outra pessoa pode procurar pela realidade em si, com êxito... Parece extremamente importante ser real...” (ROGERS, 2001 a; p 37).

Vale lembrar, contudo, que a genuinidade do profissional na relação de ajuda, não é a mesma coisa que *impulsividade*. Por mais que o profissional esteja consciente do que está vivenciando no momento da relação, cabe a ele, comunicar apenas os conteúdos que efetivamente podem clarear melhor o que está acontecendo no atendimento, e que podem contribuir para uma maior autocompreensão e transformação do cliente. Não cabe impor ao outro tudo o que se está vivendo e sentindo, pois ser congruente não é expor sem pensar tudo o que passa pela mente. A congruência sempre depende do contexto e do momento.

“Nem sempre a genuinidade do terapeuta é benéfica ao cliente, os estudos indicam isso. É essencial revelar seus sentimentos pelo paciente no presente imediato, mas a revelação não deve ser indiscriminada, a transparência não deve ser buscada como um objetivo em si mesma, o teste para a autenticidade, é se essa revelação é para o melhor interesse do paciente”.(YALON, 2002; p91).

Os manuais nacionais e internacionais de aconselhamento em DST/aids selecionados não abordam, de forma geral, a temática da congruência e autenticidade. No máximo alertam para a necessidade do profissional examinar e ter clareza sobre como suas próprias crenças, valores e convicções estão interferindo no atendimento, principalmente de pessoas com diferentes aportes culturais e que vivem contextos de vida significativamente distintos. (WHO; 1995 c).

“O profissional deve ter autoconhecimento, autodisciplina e autocontrole. Deve estar apto a verificar seus próprios valores, crenças e tradições e como estes afetam sua habilidade de conversar e entender certos tópicos. Não é necessário gostar de todos os clientes, mas é necessário ter clareza de seus sentimentos e ver como estão interferindo em sua escuta e posicionamento”.(WHO, 1995 c; p26).

Também apontam, para a relevância do profissional conhecer “suas próprias limitações e potencialidades” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997); de forma a ter claro os limites reais e a abrangência possível da ajuda oferecida. Da mesma forma, lembram que o aconselhamento é uma atividade que deve envolver o profissional como pessoa, mas não discutem no que exatamente implicaria essa condição. Na verdade, como já indicamos anteriormente, o forte acento *diretivo, procedimental, e informacional* proposto para este aconselhamento, dificulta sobremaneira um posicionamento mais autêntico, livre e genuíno por parte do profissional.

Para adotar tal postura, o profissional precisa estar disposto a abrir mão de um posicionamento mais distante e defensivo, precisa estar disposto a enxergar-se e mostrar-se como figura humana diante do outro, abrindo mão de uma certa onipotência e onisciência. Precisa estar aberto não apenas a modificar, mas também a ser modificado nesse encontro intersubjetivo, e precisa estar disponível a um maior autoconhecimento, pois, quanto maior autoconsciência se tem de suas próprias vivências e características pessoais, mais se pode diferenciar e distinguir o quanto, do que se vive na entrevista, é propriamente seu ou relativo ao ambiente em que se encontra (condições do serviço), e o quanto, é evocado pelo outro e pela situação do atendimento.

Podemos dizer que, em geral, a estrutura e configuração do aconselhamento em DST/aids, apesar de possuir a intencionalidade de ser centrada no cliente e construída a cada momento, abre pouco espaço para que aspectos pessoais, humanos e relacionais (do profissional e do cliente) se manifestem e sejam os focos do atendimento. Sendo assim, todas as três condições propostas por Rogers ficam prejudicadas em sua execução.

7.5. O lugar do cliente

Talvez uma das temáticas mais complexas, ambíguas, e problemáticas na Abordagem Centrada na Pessoa, seja o modo com Rogers expõe e discute, de forma separada, de um lado, a posição e relevância da figura do terapeuta/profissional na relação de ajuda e, de outro, a do cliente.

Como pudemos perceber na análise de outros aspectos da relação de ajuda, a perspectiva centrada na pessoa concede ao cliente o papel de construtor de suas próprias escolhas e caminhos, de auto-explorador de sua própria existência e situação de vida, e co-responsável pela condução, direcionamento e resultado do atendimento.

Sob essa perspectiva, o indivíduo além de não ser visto como um consumidor de serviços pré-formatados (tais como programas educativos, informações, medicações, prescrições, sugestões, produtos específicos), possui um poder quase que exclusivo e único na determinação de sua própria existência: *“O poder sobre sua própria vida é deixado completamente nas mãos do cliente” (ROGERS, 2001b; p11).*

Essa visão, no entanto, apesar de buscar resgatar o poder e as possibilidades existentes no próprio indivíduo, possui o grave problema de enxergá-lo quase como um ser independente e não inserido em um contexto maior (cultural, social, econômico, político e ideológico), que inevitavelmente atua como um elemento essencial no próprio desenvolvimento das personalidades individuais, além de condicionar e influenciar as possibilidades de decisão e escolha pessoais (mesmo que tal contexto possa ser visto também como construído, alterado e influenciado por estes indivíduos em conjunto).

Essa visão tem a fragilidade de não focar e valorizar a co-responsabilidade desse indivíduo, não apenas por si mesmo, mas pelos outros indivíduos participantes da comunidade, ou seja, acaba por não contribuir para o fortalecimento de sua noção de

cidadania, para a percepção e assunção de seus direitos e deveres individuais e sociais e de sua responsabilidade na construção, respeito, defesa, e promoção desses direitos.

É dentro dessa *esfera de direitos*, e não dentro da esfera de valores pessoais e coletivos, que podem ser mais facilmente pactuados e operados os consensos possíveis e mais sustentáveis sobre posturas e atitudes preventivas, mesmo dentro de uma relação de ajuda cujo foco é a existência individual (PAIVA; PUPO; BARBOZA; 2006). Porque essa existência individual sempre é uma realidade dinâmica, inserida e em relação com outras existências, e, portanto, não pode estar apenas comprometida com seu autoconhecimento e auto-realização pessoal. Dessa forma, deve haver no aconselhamento, mesmo naquele que valorize a autonomia e autogestão individual, espaço para a reflexão e avaliação das conseqüências e implicações coletivas e interpessoais das escolhas individuais, de maneira que o indivíduo, com a ajuda do profissional, possa encontrar e testar soluções para sua situação individual, alicerçadas não apenas no respeito por si, mas também no respeito e consideração pelos outros seres humanos.

Outro aspecto importante a ser considerado sobre o papel e a relevância do cliente na Abordagem Centrada na Pessoa, é o fato de que, para Rogers, a *efetividade* e *sucesso* da prática terapêutica, não estão exclusivamente alicerçados nas posturas e atitudes do profissional, mas também e principalmente, na forma como o cliente *percebe, entende e vivencia* essas atitudes.

“A probabilidade do progresso terapêutico em cada caso particular, depende primariamente, não da personalidade do aconselhador, nem de suas técnicas, nem somente de suas atitudes; senão do modo como tudo isso é experimentado pelo cliente na relação” (Rogers; PCCI; p69).

“Convém sempre sublinhar que é a vivência que o cliente têm dessas condições que as otimizam, e não apenas o fato de tais condições existirem no terapeuta” (ROGERS, 2001 a; p 148).

Assim, a forma como o cliente chega na relação (com suas expectativas, interesses, receios, disponibilidade para auto-exploração, com demandas e preocupações definidas ou

não, com maior ou menor abertura para o relacionamento), o modo com capta e entende as atitudes do profissional, bem como, as próprias características específicas de sua personalidade e história pessoal (capacidades cognitivas; estrutura emocional, auto-imagem; autoconfiança; formação educativa e cultural; experiências pregressas de vida; vantagens e desvantagens sócio-econômicas; dificuldades e habilidades sociais e interpessoais, entre outros) interferem significativamente na forma como ele aproveita e utiliza-se da relação de ajuda em benefício próprio. (ROGERS, 1981; p70).

Desse modo, podemos perceber que Rogers, em diferentes situações, pontuou a relevância das variáveis relacionadas ao cliente, no aproveitamento e uso pessoal do atendimento oferecido.

Contudo, apesar desse fato, e embora seja uma proposta de atendimento essencialmente *centrada no cliente*, algumas das críticas a esta abordagem apontam para o fato de que, as exposições teóricas e pesquisas desenvolvidas por ela, colocam uma ênfase demasiada sobre o *papel do terapeuta* na construção dessa relação (KEITHWOOD; DOXSEY; ASSUMPCÃO; et. al., 1994).

Isto porque, de forma paradoxal, ainda que identifique a importância do papel do cliente nos *resultados* da relação de ajuda, boa parte de sua pesquisa e construção teórica, está concentrada na discussão do papel que ocupam, as atitudes, posturas e condições criadas pelo *profissional* no eliciamento de mudanças no cliente. O terapeuta aparece, de fato, como o grande provocador e causador das transformações na vida do cliente. (KEITHWOOD; DOXSEY; ASSUMPCÃO; et. al., 1994).

Em algumas pesquisas, por exemplo, o grau de empatia na relação é estimado avaliando-se apenas as declarações do profissional, sem observar atentamente as declarações do cliente, como se a empatia do profissional não fosse influenciada pelas reações e posicionamentos do cliente. Ora, como vimos, a compreensão empática é uma vivência intersubjetiva e não subjetiva, baseada, na comunicação interpessoal, no domínio comum de um determinado sistema lingüístico, na disposição mútua e na abertura recíproca de um diante do outro. Assim, de forma irônica e contraditória, apesar de buscar promover uma prática centrada na integralidade da pessoa do cliente, Rogers considerou, que, a *construção dessa prática* dependia quase que exclusivamente do posicionamento do profissional.

Experiências clínicas e pesquisas desafiam a afirmação de que o cliente tem pouca influência no estabelecimento de uma relação de ajuda eficaz. Pesquisas como a de Mitchell, Bozarth e Krauft (1977), por exemplo, concluíram que a empatia, a consideração positiva e a autenticidade estão associadas ao resultado terapêutico de uma maneira muito mais complexa do que simplesmente por uma relação de causa e efeito, baseada no que o terapeuta faz. (KEITHWOOD; DOXSEY; ASSUMPÇÃO; et. al., 1994; p219).

O próprio Rogers, em sua experiência com pacientes esquizofrênicos notou o quanto características e reações do cliente influenciaram na qualidade do relacionamento formado entre cliente e terapeuta.

“As qualidades do terapeuta parecem importantes, mas as características e atitudes do cliente parecem desempenhar um papel definitivo no surgimento dessas qualidades. Altos níveis de condições terapêuticas parecem ser um resultado da interação entre a pessoa do profissional e a pessoa do cliente”. (ROGERS apud KEITHWOOD; DOXSEY; ASSUMPÇÃO; et. al., 1994; p 217).

Vale notar, portanto, que uma das fragilidades e limitações da teoria rogeriana ao abordar a questão do papel e importância do profissional e cliente na relação de ajuda; está exatamente em construir um raciocínio e uma reflexão *polarizada* sobre o assunto, ora focando no papel do profissional e ora observando o papel do cliente. Por dar extrema importância à subjetividade de cada uma das partes, acaba por não perceber e não se concentrar, na *realidade intersubjetiva* dessa relação. Dessa forma, escapa-lhe a noção, influenciada, inclusive, pela fenomenologia existencial defendida por Rogers, de que não há eu sem o outro, ou seja, de que, como seres em relação, *somos sempre o outro de cada um* (Ayres, 2001), e o que somos e o que fazemos influencia e é influenciado por este outro. Sendo assim, não é possível compreender o fenômeno terapêutico, ou a relação de ajuda, separando terapeuta e cliente e o sistema por eles vivido.

Não é o profissional sozinho, nem o cliente de forma isolada, que criam uma relação ou um determinado ambiente, mas ambos *são essa relação*. Em uma relação intersubjetiva, um dos principais focos de análise é exatamente a própria relação, pois as vivências, interpretações, percepções e ações acontecem simultaneamente dos dois lados; para que

aconteça uma real comunicação deve existir uma articulação de sentidos e uma fusão de horizontes interpretativos, havendo, portanto, uma ação recíproca o tempo todo.

Pouco se fala sobre o lugar do cliente nos manuais nacionais ou internacionais de DST/aids, a não ser algumas referências à necessidade de garantir sua participação consciente e ativa no aconselhamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997); ou na importância de se de *acompanhar e reagir* às suas demandas, questões, e solicitações, aprofundando as diferentes facetas referentes a elas, bem como seus significados e implicações para o indivíduo (WHO; 1995 a).

Diante dessas questões, podemos ver, que enquanto a Terapia Centrada na Pessoa contribui mostrando a importância de se atentar para o sentido que o cliente dá ao que está sendo discutido, e vivido na relação, ela não fornece os elementos necessários para que o cliente reflita e pense não apenas em si mesmo dentro de uma situação, mas também em todas as outras pessoas implicadas e inseridas nela. A abordagem rogeriana, não fornece as ferramentas necessárias, para que se aborde e se discuta a dimensão dos direitos humanos relativos ao campo da prevenção e do tratamento das DST/aids, e nem se ocupa propriamente das articulações sociais e comunitárias que o indivíduo pode fazer para enfrentar, superar e resolver seus conflitos, ou seja, ela não se concentra na dimensão política, comunitária e coletiva da prevenção individual.

Outra questão importante a ser ressaltada nessa discussão é o fato de que a demanda, o interesse e disponibilidade do cliente para participar de uma relação de ajuda, são elementos fundamentais para os resultados e direcionamento dessa relação. Contudo, no campo da aids, podemos perceber que, na maioria das vezes, o aconselhamento é proposto e sugerido pelo profissional e não solicitado pelo cliente (aconselhamento no pré-natal, em diversos CTAs, nas clínicas de DST, entre outros). Dessa forma, muitas pessoas não têm uma demanda tão definida, bem delineada e específica. Contudo, em todas essas situações, existe sempre um motivo, uma razão, uma justificativa para estarem no serviço e essas motivações podem ser exploradas e avaliadas dentro do contexto de vida do indivíduo.

7.6. Abordagem de aspectos sociais, culturais e estruturais

No início de sua carreira, época em que publicou o seu primeiro livro sobre as características e a estrutura da terapia e aconselhamento centrados no cliente (Counseling and Psychotherapy;-1942), Rogers, dava uma importância significativa para a dimensão sócio-cultural dos problemas humanos, se ocupando e se preocupando com o tipo de intervenção necessária ao manejo de situações nas quais os conflitos de ordem cultural e os obstáculos e restrições econômicas e sociais eram os componentes preponderantes do problema a ser enfrentado. Reconhecia que tais situações concretas e objetivas, mesmo quando se atingia uma notável compreensão sobre os significados e a dinâmica afetivo emocional destas vivências, frequentemente limitavam e até impediam o desenvolvimento e uso das capacidades e recursos individuais, bem como, a possibilidade de superação por si mesmo, de algumas dificuldades identificadas.

Ao levantar uma série de trabalhos sobre o atendimento de indivíduos com dificuldades sócio-econômicas marcantes, ou que viviam em contextos extremamente desfavoráveis e adversos, acabou por concluir que existiam situações na vida nas quais o poder e a capacidade individual não eram suficientes para superar os impedimentos existentes.

“O profissional deve no início de seus contatos com o cliente apreciar qual o poder e a capacidade do indivíduo para assumir ações que alterem o curso de sua vida, devendo julgar se a situação é suscetível de ser alterada por meios individuais...” (ROGERS, 2005 a; p 63).

“... sem melhores condições econômicas e sociais, a compreensão conseguida pela terapia nesses casos era ineficaz” (ROGERS, 2005 a; p62).

Dessa forma, identificava os limites de uma abordagem psico-educativa de problemas de ordem sócio-econômica e cultural, pois o peso desses fatores era amiúde, demasiado grande, desestruturante e desfavorável a uma abordagem estritamente psicológica ou individual. Sugeria, nesse sentido, o que chamava de uma *“intervenção no ambiente”*, isto é, uma tentativa de interferir diretamente em aspectos específicos das

condições de vida do indivíduo em questão, seja contribuindo para que o indivíduo saísse de um determinado ambiente inseguro, por exemplo, quando estava sendo ameaçado de morte por outros, ou interferindo diretamente nos fatores mais claramente relacionados aos problemas centrais do indivíduo, por exemplo ajudando-o a arrumar um emprego, ou a entrar na escola, ajudando-o a acessar e obter um determinado cuidado de saúde ou tratamento necessário, etc. Um trabalho mais próximo ao que chamamos de *serviço social*.

No entanto, a abordagem rogeriana nunca forneceu ferramentas propícias para que o *próprio indivíduo* pudesse fazer uma avaliação mais abrangente e compreensiva de *como* os diferentes *fatores objetivos* de seu contexto de vida, interferiam *concretamente* em sua problemática atual e situação específica. Nem mesmo se preocupou em desenvolver propostas para uma intervenção mais ampla, intersetorial e multidimensional, ou enfatizar a articulação e organização coletiva para a superação de dificuldades individuais. Dessa forma podemos verificar que sua proposta, nunca se concentrou na da dimensão social, política e comunitária dos sujeitos individuais.

Sempre se ocupou muito mais, das dimensões subjetivas e pessoais de fenômenos objetivos, contextuais e sociais. Vale notar, que mais no final de sua carreira profissional, Rogers volta a se interessar por conflitos de ordem cultural, social e política vividos por grupos humanos. Sugere, porém, para enfrentá-los, uma abordagem essencialmente relacional e interpessoal, concentrada em uma comunicação eficiente e na mútua compreensão das divergentes visões e interpretações unilaterais dos problemas, contribuindo assim para se encontrar respostas mais amplas e integrais.

Nos manuais de aconselhamento levantados, apenas dois apontam para a importância de se acessar e discutir aspectos do ambiente sócio cultural que interferem no comportamento individual (WHO, 1995c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). As novas edições do manual “Aconselhamento em DST/HIV/aids: Diretrizes e Procedimentos Básicos” (1997) sugerem aos profissionais que busquem identificar condições de maior ou menor vulnerabilidade dos indivíduos atendidos. Contudo, boa parte das ações sugeridas, estão concentradas em identificar comportamentos considerados de risco (muitas vezes vistos de forma generalizante e não em suas nuances individuais e contextuais). Ademais, não se discute praticamente nada sobre o uso do conceito de vulnerabilidade em situações de aconselhamento individual. O Manual da OMS (WHO 2005c), ressalta a importância de

enxergar o cliente sempre inserido em seu meio, procurando identificar como, determinados aspectos de sua cultura e tradição influenciam em algumas atitudes. Além disso, sugere uma certa flexibilidade nas ações de prevenção, pois adverte que o profissional sempre deve ajudar o indivíduo a encontrar um meio de superar as dificuldades, que seja culturalmente aceitável a ele.

“Os profissionais de saúde, em qualquer situação de aconselhamento, devem levar em conta as condições do cliente em termos de maior ou menor fragilidade social. A questão do poder envolve todas as relações sociais e, diante dos riscos de transmissão das DST e HIV/aids, desempenha um papel importante na viabilidade da adoção de práticas seguras... Nesse sentido, é fundamental que o profissional de saúde esteja disponível e sensível para identificar condições de maior ou menor vulnerabilidade de seus clientes”.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; p19).

Essa perspectiva vê o cliente inserido em seu contexto sócio cultural. O profissional deve identificar os traços de personalidade, bem como os aspectos do ambiente sócio cultural que influenciam nas atitudes do cliente. O cliente deve ser sempre visto como inserido em seu meio...É fundamental que o profissional compreenda a importância e a relevância cultural de determinadas atitudes individuais. Deve-se ajudar o cliente a descobrir meios culturalmente aceitáveis de lidar com suas emoções e superar dificuldades”. (WHO, 1995c; p8).

Contudo, é preciso fazer uma breve reflexão, tanto sobre as principais dificuldades encontradas no uso do conceito de vulnerabilidade em ações de prevenção de forma geral, bem como das possibilidades e limites existentes na aplicação desse conceito em estratégias individualizadas e pessoais.

Ora, a análise de vulnerabilidade é uma *análise das diferenças* existentes na conjunção de elementos envolvidos, tanto na exposição a um determinado dano ou risco, como na capacidade de resposta e enfrentamento, bem como no tipo e grau de conseqüências por ele acarretadas dentro de um determinado contexto (poder do dano). (DELORS; HUBERT, 2000).

Essas diferenças de vulnerabilidade são dinâmicas (mudam no decorrer do tempo), são contextuais e relacionais (podem se acirrar ou se abrandar em diferentes contextos, e relações estabelecidas), são multidimensionais (são causadas por fatores e elementos diferentes), tem gradações distintas (pode-se aumentar o diminuir o grau de vulnerabilidade). (AYRES; CALAZANS; FILHO; et.al, 2006). Além disso, essas diferenças podem ser tanto intergrupais e inter-individuais como intra-individuais; dado que um mesmo indivíduo não tem a mesma vulnerabilidade, em diferentes contextos e relações interpessoais, e em diferentes momentos de sua vida.

Por isso, não cabe olhar as populações de diferentes grupos considerados mais vulneráveis como blocos monolíticos, cristalizados em uma identidade grupal, ou encerrados em categorias estereotipadas, genéricas e abstratas (profissional do sexo, usuário de drogas injetável, adolescente, mulher, homossexual). Não cabe também, como nos afirma Rogers, rotular, pré-julgar, ou pré diagnosticar, abordando os indivíduos de forma semelhante e padronizada. Cada indivíduo, para além de pertencer a uma determinada população específica, deve ser visto com uma pessoa diferenciada e única, principalmente em uma abordagem individualizada como o aconselhamento (em abordagens coletivas isso não é possível). Deve ser visto em sua singularidade e na particularidade dinâmica de suas suscetibilidades. O aconselhamento enquanto prática personalizada, tem exatamente a *possibilidade estratégica* de acessar as nuances, gradações, variações e o dinamismo das vulnerabilidades vividas.

Da mesma forma, em consonância com o pensamento rogeriano, não se deve enxergar os indivíduos como vítimas impotentes de forças conjunturais, imponderáveis, irrefreáveis e inexoráveis. É extremamente limitante e paralisante enxergar os indivíduos como seres absolutamente determinados por forças externas, com pouca ou nenhuma autonomia para reagir a elas. Esta perspectiva, como nos diz Freire (2001), além de impedir a ação e a pró-atividade, obstrui o sonho e a esperança de mudança, pois não vê a natureza humana em seu permanente processo de tornar-se, de vir a ser; não compreende a história como possibilidade e sim como determinismo. Como nos afirma Freire, os homens são condicionados, mas não determinados (1996; p21), são seres inconclusos e devem descobrir quais são os impedimentos e obstáculos (subjetivos e objetivos) e os reais recursos e

possibilidades (o poder que realmente tem), para superar vulnerabilidades e construir soluções viáveis e realistas, tanto no plano individual como comunitário.

Um outro aspecto relevante sobre as possibilidades da análise de vulnerabilidade em uma *ação individual*, é que as abordagens personalizadas possibilitam acessar não apenas os *significados socialmente construídos* sobre determinadas vivências, comportamentos e situações consideradas vulneráveis, mas também os *significados vividos por cada pessoa*, as interpretações, construções simbólicas e valorativas dadas pelos indivíduos, a esses diferentes elementos. Por exemplo, podemos não apenas identificar que um certo indivíduo não usa preservativo, ou compartilha seringas ao usar drogas injetáveis, mas também podemos acessar a dimensão sócio-simbólica dessa vulnerabilidade (como o indivíduo interpreta, significa, entende, experimenta, e avalia isso). Aborda-se, assim, as diferentes *dimensões dessa vulnerabilidade* (objetiva e subjetiva). (DELORS; HUBERT, 2000).

Abordar somente o significado coletivo dessa vulnerabilidade e não também o individual é manter-se dentro do discurso técnico preventivista e dentro do que é considerado adequado e correto genericamente, que pode ser muito estratégico e importante em abordagens de massa ou coletivas, mas pode ser totalmente ineficiente e insuficiente em abordagens individuais, pois não acessa o conflito e as motivações existentes para o comportamento individual.

Se colocarmos o foco de análise da vulnerabilidade em uma determinada existência individual, temporal e historicamente inserida, iremos abordar o indivíduo no contexto histórico e social aonde se estrutura e se organiza sua personalidade em movimento, onde se constroem, se formam e se transformam as significações pessoais. Acessaremos assim o que Delors (2000) chama de *vulnerabilidade identitária dinâmica* (o que faz um determinado indivíduo ser mais ou menos vulnerável a um determinado risco, em um determinado contexto e, em um determinado momento).

Devemos lembrar que, os impactos dos eventos sociais têm sempre particularidades individuais. Por isso, a importância de usar tais espaços privilegiados de comunicação interpessoal; para acessar a síntese, a percepção, a resposta e o posicionamento de cada indivíduo nas situações específicas.

Assim, podemos perceber que, apesar da teoria rogeriana não contribuir para uma análise *objetiva* de aspectos sociais e estruturais, ela fornece elementos que podem auxiliar em uma *abordagem particularizada de questões* que têm também uma *dimensão coletiva*.

CONCLUSÃO



8. CONCLUSÃO

Como podemos perceber, o aconselhamento enquanto prática social, desde suas origens teórico-conceituais (até por ser uma prática híbrida, reunindo saberes tanto do campo da educação como da psicologia e enfocando tanto aspectos cognitivos como afetivos emocionais), concentrou imprecisões e ambigüidades em sua definição, conceituação, características essenciais, limites e possibilidades, dificultando sobremaneira, uma clara demarcação e discriminação de suas fronteiras e de sua específica identidade. O campo das DST/aids, por sua vez, assim como várias outras áreas no âmbito da saúde, ao se apropriar desse conceito e dessa técnica sem uma clara reflexão sobre sua delimitação e sobre seus marcos conceituais, abriu espaço para um uso, por vezes, arbitrário e acrítico dessa atividade, ora superestimando, ora subestimando suas reais potencialidades.

Assim, o aconselhamento começou a ser visto internacionalmente como uma estratégia adequada para resolver diferentes necessidades, tanto da prevenção como da assistência, em diversificadas situações, além de ser considerado uma “porta de entrada” e de acesso para um universo extenso de outras intervenções. Confundiou-se com outras práticas consideradas “humanizadoras” do serviço, que igualmente utilizavam-se de uma *escuta cuidadosa* e de uma *atenção mais personalizada* às demandas do outro, tais como o acolhimento das necessidades do usuário, a atividade educativa, a orientação personalizada que também não tinham uma definição clara, consensual e precisa, e que eram vistas como distintas das práticas assistenciais mais tradicionais (consulta médica, de enfermagem ou de saúde mental).

Foi perdendo assim, aos poucos, sua especificidade, sua identidade e profundidade, seu real poder de atuação, e algumas vezes, inclusive, sua razão de existir, pois, ao se tornar quase que um “espaço coringa”, utilizado para diferentes possibilidades (um lugar para facilitar o acesso orientado a insumos, a tratamentos específicos, a suporte social, a informações específicas, lugar para explicação de procedimentos, para ajudar o indivíduo a lidar com situações difíceis, entre outros), o aconselhamento oscilou entre uma ação sem nenhum sentido e utilidade clara e uma ação para um grande número de finalidades.

Fazer do aconselhamento um espaço estratégico para a resolução de muitos problemas (de diferentes ordens) e para o manejo de muitas questões ao mesmo tempo, sem

entender a especificidade de sua natureza e estrutura, e, portanto, para qual intento ele melhor se ajusta como técnica, acaba por torná-lo menos efetivo e resolutivo, menos criativo e espontâneo, mais repetitivo e monótono para os profissionais, além de ser visto cada vez mais como um procedimento inútil, vazio, e dispensável nos serviços. Não é possível resgatar o valor, a utilidade, a riqueza, o alcance e a complexidade implícita nessa prática sem recuperar, e compreender, sua natureza, suas origens, seus valores, suas características, possibilidades e limites inerentes, e sem levar em consideração as implicações das correntes teóricas que o fundamentam.

Entretanto, resgatar sua fundamentação teórica e suas origens, ainda que necessário, ocasiona inevitáveis dificuldades e embaraços, pois, além de *reduzir e reorientar* o foco de ação dessa atividade recupera de certo modo, *sua própria complexidade*, exigindo normalmente uma formação mais específica, adequada e condizente com sua estrutura de ação. Independente dos quadros teóricos utilizados, a fundamentação teórica sempre envolve uma reorientação da visão, do enfoque e das prioridades do profissional, ainda que os elementos trazidos pela reflexão teórica tenham que ser adaptados, revistos e contextualizados na experiência da prática.

Diante desse cenário, ao resgatar e fazer “falar de novo” uma das correntes teóricas mais relevantes nos documentos de referência ao aconselhamento em DST/aids (a Abordagem Centrada na Pessoa), este trabalho acaba por expor e colocar em evidência tanto as potencialidades e fragilidades desse corpo teórico para lidar com a complexidade de facetas presentes nessa epidemia, como os desacordos existentes entre esse referencial teórico e a prática proposta nos manuais, bem como contradições e ambigüidades existentes na própria proposta desenhada para o aconselhamento no campo da aids.

Assim, vale notar que são muitas as dificuldades presentes nesse tipo de estudo e, entre elas, está o fato de que, ao utilizar a teoria rogeriana para fundamentar, organizar, dar sentido e coerência interna aos diferentes componentes do aconselhamento, não resolvemos verdadeiramente o problema de indefinição e identidade dessa ação - ainda que essa teoria traga contribuições significativas para sua execução. Isto porque, Rogers, ao se concentrar nas características de uma relação de ajuda em geral, que pudesse estimular o crescimento do outro enquanto pessoa, não busca fazer uma clara distinção entre aconselhamento, psicoterapia e ação educativa, mesmo que demonstre saber que são atividades distintas.

Segundo ele próprio, seu corpo teórico tem contribuições relevantes e é aproveitável, ainda que com algumas alterações importantes, nessas três situações.

Poderíamos discutir, ainda, se o “norte maior”, proposto pela relação de ajuda de Rogers – facilitar o crescimento do outro enquanto pessoa, sua autocompreensão e a compreensão de sua realidade – é condizente com os objetivos de um aconselhamento no campo da aids, que tem como norte mais abrangente a prevenção e controle de doenças específicas. Porém, ainda que esses objetivos possam parecer bem distintos, os próprios manuais levantados nesse estudo, indicam claramente que o aconselhamento deve ajudar o indivíduo a resolver problemas e tomar decisões (sobre o extenso universo de questões concernentes as DST/HIV/aids), a partir da exploração, avaliação e compreensão de si mesmo em relação à sua própria realidade. Além disso, a própria história da epidemia nos mostra o quanto é importante manejar os aspectos sócio-simbólicos, afetivos e contextuais da vida dos indivíduos se quisermos contribuir para alguma alteração consciente e voluntária de atitudes em relação a essas temáticas. Dessa forma, a teoria rogeriana tem, sim, contribuições relevantes para o aconselhamento em DST/aids, até porque ela possibilita que abordagens mais rápidas e circunscritas, como essa, acessem e compreendam o universo de significados e afetos dos indivíduos, desmistificando o manejo dessas dimensões, sem banalizá-lo.

Entre as *principais contribuições e subsídios fornecidos pela Abordagem Centrada na Pessoa (ACP)*, podemos citar, em primeiro lugar, o fato de que ela propicia o *resgate e a explicitação de valores humanos e de princípios sobre a natureza humana*, considerados centrais para se trabalhar com indivíduos em uma perspectiva não autoritária e cerceadora da liberdade e direitos do outro. Traz para a cena alguns nortes valorativos, defendidos em diferentes ações e estratégias do campo da saúde (promoção da saúde, a educação preventiva, a humanização da atenção, a redução das vulnerabilidades individuais e grupais), e discute as *implicações concretas e diretas* da aplicação desses valores em uma relação intersubjetiva de ajuda. Dessa forma, discute valores como: respeito pelo outro enquanto pessoa independente e singular; confiança na capacidade do outro de se autocompreender, auto-analisar, auto-regular e autogerir; valorização da liberdade e autonomia individual; valorização do campo experiencial e fenomênico do outro, com seus sentidos e significações particulares; percepção do caráter dinâmico, processual e mutável

da natureza humana. Aborda, de outro lado, as conseqüências de realmente *vivenciar esses valores* em uma relação interpessoal, analisando o impacto que eles efetivamente causam ao outro.

Em segundo lugar, em uma época em que se discute tanto a importância da humanização nos serviços, a ACP tem o mérito de trazer para o centro da cena de atendimento não apenas problemas específicos, diagnósticos, novas tecnologias, informações, procedimentos e papéis sociais, mas *a relação humana* e a integralidade das *peessoas* implicadas nela. Questiona assim, a profunda *tecnificação* da relação terapêutica em detrimento das pessoas envolvidas e resgata a importância não apenas dos saberes cognitivos, mas da complexidade, riqueza e dinamismo das personalidades individuais presentes em suas diferentes dimensões, e da possibilidade de efetiva comunicação (diálogo) entre elas (intersubjetividade). Assim, traz uma possibilidade de humanização da atenção, não focada apenas na melhoria de espaços físicos e produtos ofertados, mas principalmente na qualidade e profundidade da relação estabelecida, pois propõe uma concepção de aconselhamento baseada essencialmente em *valores e atitudes interpessoais* e não em conteúdos e procedimentos.

Em terceiro lugar, colocando em ato os valores por ela mesma apregoados, e também defendidos por várias ações no campo da saúde, a ACP propõe *objetivos* para a relação de ajuda efetivamente *articulados com a pessoa do outro*, ou seja, abre espaço para que os objetivos não precisem ser fechados, prontos e pré-determinados (ainda que existam expectativas e intencionalidades subjacentes). Defende o direito do indivíduo ser *co-responsável* pela construção do atendimento. Deixa, assim, o atendimento mais flexível para *valorizar e utilizar* os conteúdos, as demandas e a experiência vivida pelo cliente em relação a determinada situação, como guia para a construção da ação. Possibilita, também, que durante o atendimento o indivíduo enxergue a si mesmo *em relação* às temáticas abordadas. Fornece, assim, uma proposta de atendimento mais harmônica em sua estrutura geral, isto é, condizente e congruente com a concepção de relação de ajuda sugerida e com os valores explicitados.

Em quarto lugar, a ACP propõe posturas e atitudes ao profissional que o possibilitam de sair do tão criticado “engessamento dos papéis profissionais”, que limita a visão e a escuta acurada do outro e a contextualização de condutas no atendimento, fatores

considerados fundamentais para uma atenção efetiva. Além disso, libera o profissional do peso de uma exaustiva postura onipotente e de uma atitude de constante controle e necessidade de domínio sobre todos os resultados do atendimento e sobre a vida do outro. Nesse sentido, democratiza a relação terapêutica, não concentrando todo o poder e responsabilidade nas mãos do profissional. Da mesma forma, indica os movimentos necessários, em termos de disposições e atitudes pessoais, para que o profissional acure sua compreensão e sua escuta em relação ao universo valorativo, simbólico e experiencial do outro, e o ajuda a acessar com maior facilidade as diferentes dimensões da realidade individual.

Em quinto lugar, torna efetivamente o cliente um *participante ativo do atendimento* e um *parceiro* fundamental na construção de soluções e estratégias relativas ao seu próprio cuidado e um gerenciador de sua própria existência – e não um mero consumidor de serviços ofertados. Além disso, resgata o valor da *comunicação competente*, ou seja, não apenas do que é dito e feito pelo profissional, mas de como isso é significado e compreendido pelo cliente.

Em último lugar, sugere *resultados* também mais *realistas, específicos, acordados e vinculados ao indivíduo* – uma solução boa para determinado indivíduo, em um determinado momento histórico, em determinado contexto – e não genéricos e concentrados em uma opção de ação pré-configurada – um produto bom para todos. Os resultados, portanto, *não são estáticos e fixos*, mas construídos com o indivíduo; são inéditos, variáveis, possibilitando sempre a emergência de soluções inovadoras e articuladas com o contexto social, cultural e com as condições afetivo-emocionais do indivíduo. Isso só aumenta as possibilidades de manejar e superar os obstáculos da prevenção e da assistência.

Contudo, também pudemos identificar nesse estudo *fragilidades teórico-técnicas na Abordagem Centrada na Pessoa*. Entre elas, podemos destacar um extremo *subjetivismo* em sua abordagem relacional, superestimando e acentuando a experiência subjetiva particular de cada indivíduo como fonte mais importante de informações sobre a realidade individual, a ser utilizada pelo profissional e pelo próprio indivíduo na avaliação crítica de seu momento de vida. Nesse sentido, acaba sendo uma abordagem “*psicologizante*”, não conseguindo ter um olhar mais abrangente, multidimensional e complexo sobre a realidade

individual, que engloba, tanto as dimensões cognitivo-afetivo-simbólicas, como as dimensões sócio-estruturais e materiais da existência.

Ainda dentro desse mesmo enfoque, Rogers também tem a limitação de construir uma prática de atendimento tão focada no *indivíduo e em sua autonomia* que perde de vista a necessária dimensão *ético-social, comunitária* e até *política* do aconselhamento, tão amplamente discutida e incorporada, se não na prática efetiva, pelos menos no horizonte valorativo, conceitual e ideológico dos técnicos e gestores da política de aids no Brasil e no mundo. Isso porque, ao buscar identificar as necessidades, interesses, desejos e vivências do cliente, e ao valorizar e fortalecer sua capacidade de autodeterminação e decisão, Rogers não dá espaço para uma análise mais acurada das diferentes *forças objetivas* que limitam e cerceiam o ser humano, e nem dá espaço para se pensar nas conseqüências coletivas dos atos individuais – não apenas no que *quero e preciso* fazer, mas também no que *devo* fazer em função de valores, ideais e responsabilidades coletivos.

Concentrou-se sobremaneira no resgate e na aplicação de valores e direitos individuais, esquecendo-se que mesmo o direito individual, limita a ação de cada indivíduo; descuidou-se assim, da importância de se respeitar, proteger e promover os valores e direitos sociais, que dão condições efetivas para o indivíduo participar ativamente como cidadão de uma comunidade específica. Vale lembrar que Rogers sempre teve medo do coletivo oprimindo e sufocando o indivíduo, mas não levou muito em consideração que, para viver em sociedade, sempre é necessário, que se pense nos limites que devem existir ao próprio posicionamento e escolha individuais.

Com relação à construção da própria relação de ajuda, Rogers concentrou-se em demasia na compreensão polarizada do papel ora do profissional ora do cliente, perdendo a riqueza do olhar sobre a relação intersubjetiva. Também subvalorizou os conteúdos e procedimentos do atendimento, como se os mesmos não fossem também responsáveis pelo: processo de aprendizagem, análise do contexto, autoconscientização e autocompreensão, fortalecimento da autonomia e pela aquisição de habilidades conquistadas pelo indivíduo.

Podemos perceber que, apesar da teoria rogeriana fornecer subsídios relevantes para a qualificação da ação do aconselhamento, ela também concentra limites e debilidades que precisam ser superadas, de forma a aumentar a abrangência e a utilidade dessa ação. Por abordarmos problemas complexos e multidimensionais, tais como o universo da prevenção

e assistência às DST/aids, torna-se necessário buscar respostas, caminhos e soluções também em outros referenciais e esquemas teóricos. Todavia, vale lembrar que tais articulações teóricas, não devem ser um mero ajuntamento desconexo, aleatório, reducionista e utilitário de conceitos e proposições de várias teorias, mas sim devem propiciar um debate teórico e um diálogo epistemológico, preservando e respeitando as perspectivas envolvidas e os limites de sua aplicação.

8.1 Considerações Finais

Entretanto, para além da clarificação dos possíveis aportes e contribuições, e das controvérsias existentes na Abordagem Centrada na Pessoa, esse estudo visou apontar também os *principais limites, dificuldades e implicações da adoção deste quadro teórico para a qualificação da prática do aconselhamento em DST/aids*.

Dessa forma, acabou por delinear algumas aparentes incompatibilidades, contradições e dissonâncias existentes entre a teoria rogeriana e a abordagem de aconselhamento proposta pelos manuais nacionais e internacionais levantados.

Podemos dizer, que boa parte dos problemas, dificuldades e impasses encontrados pelo aconselhamento em DST/aids para a apropriação da ACP devem-se à falta de clareza dos próprios manuais e documentos de referência, sobre a existência de uma dualidade e de um certo desacordo nos focos, compromissos, intencionalidades, prioridades e formas de atuação propostas para a estrutura desse aconselhamento, o que leva à falta de uma articulação entre essas duas perspectivas.

Duas grandes oposições e contrastes na forma de compreender, de abordar e de agir no aconselhamento, foram identificadas nesse estudo, ao se analisar a articulação possível entre a racionalidade da Abordagem Centrada na Pessoa e a racionalidade do aconselhamento em DST/aids tal como delineado nos manuais.

Uma primeira oposição está relacionada ao fato de que o aconselhamento proposto pelos manuais, apesar de ser fortemente inspirado na Abordagem Centrada na Pessoa, não se apropria inteiramente de seu desenho e de suas possibilidades. Ou seja, apesar de ter sua *estrutura conceitual, valorativa e ideológica* (o em nome de que fazer, para que e para quem fazer) bastante sintonizada e influenciada pelos princípios ACP, tem sua *estrutura*

operacional (o como fazer) caminhando em outra direção (mais diretiva, fechada, e coordenada por metas da saúde coletiva).

O aconselhamento se concentra assim - sem nenhum questionamento ou crítica sobre as implicações desse formato - em uma *pauta e em uma agenda coletiva*, com um caráter mais universal, um discurso mais comum, preocupado com o combate precoce a todas as possibilidades de risco de infecção e adoecimento e, portanto, com objetivos bem delimitados, ações já programadas, resultados e soluções pré-organizadas; bem como, em uma *pauta e agenda individual*, preocupada com a compreensão das diferentes facetas da realidade individual e, portanto, com objetivos mais personalizados, ações e soluções a serem construídas no atendimento, mais flexíveis, particularizadas e dinâmicas, alicerçadas em um raciocínio centrado na pessoa, em sua singularidade e contexto.

Da mesma forma, é possível observar uma oposição entre o foco no *universo objetivo da realidade individual* (suas condições de vida, o grupo social a que pertence, o comportamento ou situação de risco que vive), e o *foco no universo subjetivo*, fenomenológico existencial, ou sócio simbólico *dessa mesma realidade* (como o indivíduo interpreta e experimenta essas situações objetivas).

Contudo essas duas oposições, por não serem notadas, não são solucionadas, ou seja, não se busca uma tentativa de conciliar esse dois horizontes e essas duas formas de aproximação e recorte sobre a realidade. Desse modo, a técnica proposta para o aconselhamento em DST/aids acaba tendo uma configuração confusa, fazendo com que, na prática, ora oscile em uma direção, ora em outra, dependendo do perfil, do interesse e da disponibilidade do profissional.

Essas características ambíguas do aconselhamento em DST/aids prejudicam significativamente, e por vezes impedem, o desenvolvimento das *condições e atitudes* propostas por Rogers, e inclusive a vivência dos próprios valores e princípios defendidos nos manuais.

Dessa forma, ainda que se considere importante acessar a realidade do cliente, o foco dificilmente consegue ser o cliente em si, pois existem outras demandas bem estruturadas pressionando a ação do profissional – ensinar como se usa o preservativo, explicar as formas de prevenção e infecção, identificar a vulnerabilidade ou a existência de um comportamento de risco, explicar as características do teste. Assim, a realidade do

cliente acaba por não ser suficientemente explorada, compreendida e utilizada como norte para a ação a ser desenvolvida, inclusive para a informação a ser passada ou procedimento a ser executado, mas sim utilizada para reforçar e fazer pontes com o discurso já pronto do profissional.

A fim de tentar buscar *algumas possibilidades de superação, para os possíveis impasses e fragilidades identificados na prática do aconselhamento em DST/aids* a partir deste estudo, faz-se necessário, tanto recuperar e lembrar a origem e a identidade (limites, características, possibilidades e alcance) da prática do aconselhamento, para realmente avaliar *que tipo de espaço é esse*, de forma a revalorizá-lo, otimizar seu uso e o potencial que ele oferece, como também recorrer a outros aportes teóricos que podem fornecer outra perspectiva de análise e compreensão desses mesmos fatos.

Ora, precisamos inicialmente lembrar que o aconselhamento é uma prática que no decorrer de sua história, tem trabalhado basicamente no *âmbito da realidade e do universo individual* (ainda que possa acessar suas diferentes dimensões) e não no âmbito do universo do coletivo. Sempre envolve a possibilidade do indivíduo enxergar, avaliar, expressar-se e posicionar-se sobre sua própria realidade. É, portanto, pela sua própria natureza e características, uma estratégia *personalizada e particularizada* sobre as questões, e não uma ajuda genérica, pronta e pré-configurada. E, mesmo sendo diferenciada da psicoterapia, por ser mais *circunstancial, situacional* e por não pretender ser um tratamento que busca identificar e resolver fraquezas e patologias que bloqueiam a personalidade como um todo, ela: 1) sempre buscará *acessar o foco e a perspectiva do cliente* sobre determinada situação, e 2) sempre buscará abordar qualquer situação específica, *em relação com a totalidade da existência do indivíduo* (o ser humano em seus diferentes aspectos).

Entretanto, isso não significa que não possa incluir elementos *objetivos ou conteúdos mais padronizados* em suas discussões (informações, indicações, prescrições, coleta de alguns dados, análises objetivas de contextos, explicação de um procedimento ou tratamento, entre outros). Significa apenas, que esses conteúdos devem ser abordados de forma menos prescritiva, mais problematizadora e contextualizada.

Não faz sentido, portanto, reforçar uma oposição fictícia entre universo objetivo e universo subjetivo, ou entre interesses e procedimentos coletivos e universais, e interesses e movimentos individuais. Ou mesmo fazer uma oposição entre mundo do profissional e

mundo do cliente (e aí está uma importante fragilidade da teoria rogeriana), pois no aconselhamento, o que existe é principalmente uma *relação intersubjetiva*, ou seja, o encontro entre dois horizontes e duas perspectivas subjetivas, que se constituem intersubjetivamente, e que nem por isso deixam de existir enquanto perspectivas singulares, mas que se transformam e se alteram nesse encontro.

O aconselhamento deve poder abordar tanto o universo *objetivo* (fatos, situações, comportamentos e condições concretas), como *subjetivo* dos indivíduos (como isso é sentido, experimentado e interpretado); lembrando que nenhum dos dois são fixos, mas ambos são reconstruídos a partir da relação intersubjetiva – são comunicados pela linguagem, são reinterpretados, revistos, retraduzidos, para poderem ser compreendidos e, com isso, transformados.

Deve-se ainda lembrar que o discurso do coletivo, pautado no saber epidemiológico, preventivo e médico-sanitário, no qual os propósitos são abrangentes genéricos e uniformes e os problemas e soluções são mais homogêneos e estruturados, ao ser transposto para o plano individual, sempre precisará de uma mudança de perspectiva e de uma ampliação da visão. Pois, tanto o *olhar mais macro*, como o *olhar mais micro*, concentram diferentes níveis de complexidade e abrangência, e, portanto, não é possível trazer os elementos de um para o outro, sem fazer mudanças nos mesmos.

No aconselhamento pode-se e deve-se responder a demandas e questionamentos mais macro e gerais, mas sempre no nível do micro e do particular. Acontece que nesse outro nível de análise e de abordagem da realidade, existe um outro padrão e patamar de complexidade que precisa ser acessado e compreendido, relativos ao mundo da vida, da existência humana, da história individual. Este particular, não é único, coeso e uniforme, mas altamente multifacetado, diversificado, dinâmico e inconstante. Os protocolos de prevenção e assistência ainda que úteis e relevantes, não são suficientes para acessar a diversidade dessa realidade.

Freqüentemente é necessário que sejam readequados e adaptados às condições e circunstâncias individuais, assim como acordados intersubjetivamente. Mas para conseguir alguma articulação de horizontes é preciso antes, estabelecer um tipo de relação que acesse a vivência individual e que seja: segura, confiável, autêntica, não ameaçadora, não cerceadora, que valorize e acredite na capacidade do outro, assim como que estimule sua

co-responsabilidade e autonomia. É nesse sentido que Rogers oferece sua contribuição, pois sua investigação se concentrou nas *atitudes, posturas e valores necessários* à condução de uma relação interpessoal que efetivamente produzisse um espaço favorável à auto-reflexão e autocompreensão.

Contudo, para fazer um uso consistente da Abordagem Centrada na Pessoa no aconselhamento em DST/aids, algumas mudanças de concepção, expectativa, de enfoque e de posicionamento se fazem necessárias.

Primeiro é imperioso notar que nem tudo deve ser resolvido no aconselhamento. O aconselhamento individual, é apenas um *tipo de ação possível* dentro da política de prevenção e assistência às DST/HIV/aids e não um espaço “para mil e uma utilidades”. Desse modo, assim como as outras ações existentes no universo dos programas de DST/aids, merece ter mais bem delineado tanto o seu potencial, como seus limites. O aconselhamento nunca deve ser visto como uma ação isolada, mas deve sempre estar inserido em uma estratégia mais ampla de prevenção e assistência, aonde se somam outros tipos de intervenção (individual e coletiva) que atinjam os indivíduos e grupos sociais de formas diferentes.

O aconselhamento é um espaço onde a ação está *primordialmente* voltada às necessidades e características do cliente, e não voltada para resolver a múltiplas demandas da política de prevenção e assistência. Existem espaços para ativismo político e ações militantes, para fornecimento de informações técnicas uniformes e abrangentes, para divulgação de serviços específicos, para uma educação preventiva geral mais padronizada e organizada, entre outros. As estratégias devem ser tanto globais como particulares, e as respostas e soluções devem ser tanto comunitárias como individuais.

Em segundo lugar, é importante que se reveja a idéia de objetivos e resultados fechados e pré-determinados, ou mesmo concentrados em problemas e questões específicas. Ou seja, deve-se abrir mão de controlar inteiramente os resultados da ação, possibilitando que sejam centrados na pessoa do cliente, mesmo que não se coadunem com as expectativas do profissional e, portanto, que sejam mais abertos, flexíveis ou construídos conjuntamente.

Em terceiro lugar, é necessário que o profissional esteja aberto e interessado em *envolver-se* como *pessoa* no atendimento, bem como *atingir e acessar a pessoa do outro*,

não se protegendo tanto em seus conteúdos técnicos e em seu papel profissional. Sendo assim, é um tipo de atendimento que exige uma *disponibilidade afetiva* do profissional e não apenas técnica.

Por esses motivos, um quarto elemento é também requerido, a saber, uma formação mais consistente com o desenvolvimento dessas atitudes e posturas, bem como um espaço de supervisão e acompanhamento das ações desenvolvidas. Além disso, como vimos, é importante para uma maior qualificação e efetividade dessa prática, utilizar-se de outros quadros teóricos que discutem outras dimensões e aspectos do universo individual, não abordados por Rogers, como por exemplo, o quadro conceitual da vulnerabilidade (adequado a este universo micro da abordagem), dos direitos humanos, das relações de gênero, da vivência da sexualidade, etc.

Por fim, é preciso ressaltar, que este estudo se debruça sobre apenas uma dimensão da questão do aconselhamento. Trata-se de uma primeira aproximação e análise da principal concepção teórica utilizada como fundamento dos materiais de referência sobre a técnica do aconselhamento em DST/aids e de suas possibilidades de aplicação nesse campo. Além de não se ter abordado aqui a influência de outras correntes teóricas também influentes na definição das técnicas de aconselhamento, não foram também explorados outros aspectos essenciais para a efetividade desta ação nos espaços aonde ela é ofertada tais como: as condições do serviço onde ela ocorre (espaço físico adequado, tempo disponível a essa ação, número de profissionais existentes, demanda do serviço); características da formação dos profissionais para a execução dessa atividade; especificidades e características da clientela. Sendo assim, outros estudos se fazem necessários para investigar, aprofundar e compreender essas questões.

Entretanto, a consciência do valor, das possibilidades e dos limites próprios à prática do aconselhamento, bem como da especificidade e amplitude de sua ação, torna premente enfrentar as dificuldades inerentes à compreensão e incorporação de suas bases teóricas, aperfeiçoando suas recomendações técnicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu JM, Chung RHG, Atkinson DR. Multicultural Counseling Training: past, present and future directions. *The Counseling Psychologist*. 2000; 28(5):641-656.
- Schkar S. Aconselhamento e prevenção – alcances e limites. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.
- Adorno TW. Educação e Emancipação. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2003.
- Advíncula IF. Tendência Atualizante e Vontade de Potência: Um Paralelo entre Rogers e Nietzsche. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 1991; 7(2): 201-214.
- Aguilar OJV, Navarro SN, Chirigoba CR, et al. El trabajador de salud y la consejería sobre VHI y SIDA. *Salud Publica de México*. 1995;37(6):636-642.
- Almeida LR. Contribuições da Psicologia de Rogers para a Educação: Uma Abordagem Histórica. *Psicologia da Educação*; 2º semestre 1998/1º semestre 1999; 7/8: 53-79.
- Amaro H, Morrill AC, Dai J. Heterosexual Behavioral Maintenance and Chance Following HIV Counseling and Testing. *Journal of Health Psychology*.2005;10(2):287-300.
- Anderson JE. CDC Data Systems Collecting Behavioral Data on HIV Counseling and Testing. *Public Health Reports*. 1996;III,Sup I:129-132.
- Araújo CLF. A Prática de Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Araújo CLF, Camargo JKR. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática*.Rio de Janeiro: Copyright; 2004.
- Ayres, JRCM. Razão, Ciência e Pedagogia da Emancipação. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. V1 (1): 1997.

- Ayres, JRCM, Junior IF, Calazans GJ, et al. Vulnerabilidade e Prevenção em Tempos de Aids. In: Barbosa RM; Parker R (organizadores). *Sexualidades pelo Avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34; 1999.
- Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(1): 63-72.
- Ayres JRCM. Repensando Conceitos e Práticas em Saúde Pública. In: Parker R, Terto Jr. V. *Seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* Rio de Janeiro. ABIA; 2002a.
- Ayres JRCM. *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo. Ed Hucitec. 2002b.
- Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*; 2002c; 6(11): 11-24.
- Ayres, JRCM. O Cuidado, os Modos de Ser (do) Humano e as Práticas de Saúde. *Saúde e Sociedade*; 2004; 13(3): 16-29.
- Ayres JRCM, Junior IF, Calazans GJ, et al. *O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios*. *Descobrir*.
- Ayres, JRCM. Hermenêutica e Humanização. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2005; 10(3): 549-560.
- Ayres JRCM, Calazans GJ, Filho HCS, et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção de Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M et al. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora HUCITEC/Editora Fio Cruz. 2006.
- Bemak F Hanna FJ. The twenty- first century counsellor: An emerging role in changing times. *International Journal for the Advancement of Counselling* 1998; 20:209-218
- Benjamin A. *A Entrevista de Ajuda* São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Bensing J. Bridging the Gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39:17-25.

- Biagioni J. *A Ontologia Hermêutica de HG Gadamer*. Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia.1997.
- Bond T, Lee CC, Lowe R et al. The Nature of counselling: An Investigation of counseling activity in select countries. *International Journal for the advancement of Counselling* 2001;23:245-260.
- Bordin ES. *Psychological Counseling*. New York. Appleton Century Crofts. Meredith Corporation .1968.
- Bor R, Miller R, Goldman E. *Theory and Practice of HIV Counseling: a systemic approach*. New York. Brunner Mazel Publishers. 1993.
- Boufleuer JP. *Pedagogia da Ação Comunicativa*. Rio Grande do Sul. Editora Unijuí. 2001.
- Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2001; 34(2): 207-217.
- Cabral RJ, Galavotti C, Gargiullo PM , et al. Paraprofessional Delivery of a Theory Based HIV Prevention Counseling Intervention for Women. *Public Health Reports*. 1996; III Sup 1:75-82.
- Camargo Jr KR. Um Ensaio sobre a (In) Definição da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Campbell CH, Marun EM, Alwano-Edyegu MG, et. al. The Role of HIV Counseling and Testing in the Developing World. *AIDS Education and Prevention* 1997; 9 (Sup B): 92-104.
- Campos GWS, Campos RTO. Co-construção da Autonomia: O Sujeito em Questão. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M et al. São Paulo-Rio de Janeiro. Editora HUCITEC/Editora Fio Cruz. 2006.
- Canadian Medical Association. *Counselling Guidelines for Human Immunodeficiency Virus Serologic Testing*. Ottawa; 1993.

- Contreiras A, Lima VLGP. Aconselhamento Existencial. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*. 1976; 28(4): 83-96.
- Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. *Cadernos de Saúde Pública*; 2003; 19(4): 923-931.
- Castrucci BC, Kamb ML, Hunt K. Assessing the Center for Disease Control and Prevention's 1994 HIV Counseling, Testing, and Referral: Standards and Guidelines (How closely does practice conform to existing recommendations?) –*Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29 (7):417-421.
- Catania JA, Kegeles SM, Coates TJ. Towards and Understanding of Risk Behavior: and AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*. 1990;17(1):53-72.
- CDC. Revised Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral and Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. *MMWR* 2001, vol 50
- Chippindale S, French L. ABC of AIDS: HIV Counseling and the Psychosocial Management of Patients with HIV or AIDS. *British Medical Journal*. 2001;322:1533-1535.
- Clark L, Brasseux C, Richmond DR, et al. Effect of HIV Counseling and Testing on Sexually Transmitted Diseases and Condon Use in a Urban Adolescent Population. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine* 1998;152 (3):269-273.
- Coates TJ, Stall RD, Kegeles SM, et al. AIDS Antibody Testing: Will it Stop the AIDS Epidemic? Will it Heal People Infected with HIV ? *American Psychologist*. 1988;43(11)859-864.
- Cohen D. The Efficacy of Testing and Counseling in Limiting HIV Transmission *American Journal of Public Health* 1994; 84 (2):321.
- Corey G. *Counseling and Psychotherapy : Theory and practice* .1997.
- Costa FL, Castanhar JC. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *RAP*; 2003; 37(5): 969-992.

- Dalmaso ASW. Análise de transformações da técnica em medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*; 2000; 4(6): 49-60.
- Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine*. 2000; 50:1557-1570.
- Dolcini MM, Canin L, Gandelman A, et al. Theoretical Domains : a heuristic for teaching behavioral theory in HIV/STD prevention courses. *Health Promotion Practice*. 2004;5(4):404-417.
- Domingues RC. Notas sobre os aspectos psico-sociais do diagnóstico anti - HIV: uma reflexão sobre as possibilidades de prevenção e assistência a partir da prática do aconselhamento. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.
- Dostal RJ. *The Cambridge Companion to Gadamer*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Eron LD, Callahan R. *The Relation of Theory to Practice in Psychotherapy*. Chicago. Aldine. 1969.
- Erthal TCS. Divergências e Convergências em Rogers e Sartre. *Insight - Psicoterapia*; 1991; 4:22-25.
- Exner TM, Hoffman S, Parikhk et al. HIV Counseling and Testing: Women's Experiences and the Perceived Role of Testing as Prevention Strategy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2002; 34(2):76-83.
- Ferreira MPS, Silvas CMFP, Gomes MCF. Testagem Sorológica para o HIV e a importância dos Centros de Testagem Anônima (CTA) – resultados de uma pesquisa no município do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001;6(2):481-490.
- Filgueiras S L, Deslandes SF. Avaliação das ações de aconselhamento; Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15 (Sup 2):121-131.

- Filgueiras, SL, Fernandes NM, Gonçalves JE. Aconselhamento em DST/AIDS – Diretrizes e Procedimento Básicos. *DST* 1998;10 (3): 21-29.
- Filipe EMV. Adequacy of Psychological Models for Risk Reduction Behavior in HIV and AIDS. *Jornal Brasileiro de DST*. 1997; 9(6):37-41.
- Fishbein M. The Role of Theory in HIV Prevention. *AIDS CARE*. 2000;12 (3):273-278.
- Flevant R, Shlien JM. *Client- Centered Therapy and Person Centered Approach: New Directions in Theory, Research and Practice*. NY. Praeger Special Studies. 1984.
- França-Junior I, Ayres JRCM. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo. Centro Universitário São Camilo. Edições Loyola. 2003.
- Freire JC. Retrospectiva Crítica da Obra de Carl Rogers: da Terapia do Relacionamento à Intuitividade dos Momentos de Movimento. *Revista de Psicologia*; 1988; 6(1): 53-79.
- Freire P *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo. Ed Paz e Terra. 1996
- Freire P. *Pedagogia dos Sonhos Possíveis*. São Paulo. Editora UNESP. 2001.
- Freire P. *Extensão ou Comunicação?* Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2002.
- Freire P. *Educação Como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2005a.
- Freire P. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2005b.
- Gadamer HG. *A Razão na Época da Ciência*. Rio de Janeiro. Tempo Brasileiro. 1983.
- Gadamer HG. *Verdade e Método I: Traços Fundamentais de uma Hermenêutica Filosófica*. Petrópolis. Ed Vozes. 2003.
- Gadamer HG. *O Caráter Oculto da Saúde*. Petrópolis Editora Vozes. 2006.
- Galvão J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras à epidemia de HIV/AIDS. In: Parker R. *Políticas Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro. ABIA Jorge Zahar editor. 1997.
- Galvão, J. *AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro. ABIA. Editora 34. 2000.

- Galvão, J. *1980-2001: Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo*. Rio de Janeiro. ABIA. 2002 (Coleção ABIA - Políticas Públicas N°2).
- Gerbert B, Brown B, Volberding P, et al. Physicians, Transmission Prevention, Assessment and Counseling practices with their HIV Positive Patients. *AIDS Education and Prevention*.1999;11(4):307-320
- Ginwalla SK, Gant AD, Day JH et.al. Use of UNAIDS tools to evaluate HIV voluntary counseling and testing services for mineworkers in South Africa.*AIDS CARE* 2002;14 (5):707-726.
- Green J. *The Role of theory in evidence-based health promotion practice* (editorial). Oxford University Press; 2000.
- Grinstead OA. HIV Counseling for Behavior Change. *Aids Education and Prevention* 1997; 9 (2) 125-132.
- Habermas J. *Teoria de la Acción Comunicativa, I* (Racionalidad de la Acción y Racionalización Social). Buenos Ayres. Taurus. 1981.
- Higgins DL, Galavotti C, O'Reilly KR, et.al. Evidence for the Effects os HIV Antibody Counseling and Testing on Risk Behaviors. *JAMA* 1991; 266 (17): 2419-2429.
- Higgins DL, Galavotti C, O'Reilly KR et.al. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomized trial *The Lancet* 2000;356 (8):103-112.
- Holtgrave DR, Reiser WJ, Francisco WD. The Evaluation of HIV Counseling and Testing Services: Making the Most of Limited Resources. *AIDS Education and Prevention* 1997; 9 (Sup B):105-118.
- Hughes JN. Reconsideration of the Role of Theory in Psychosocial Intervention. *Journal of School Psychology*; 2000; 38(4): 389-401.
- Ickovics JR, Morrill AC, Beren SE, et.al. Limited Effects of HIV Counseling and Testing for Women – A prospective Study of Behavioral and Psychological Consequences. *JAMA* 1994; 272 (6): 443-449.

- Irwin KL, Valdisseri RO, Holmberg SD. The acceptability of voluntary HIV antibody testing in the United States: a decade of lessons learned. *AIDS* 1996; 10:1707- 1717.
- Kalichman SC, Cain D, Zweben A et al. Experimental Components Analysis of Brief Theory-Based HIV/AIDS Risk Reduction Counseling for Sexually Transmitted Infection Patients. *Health Psychology*. 2005. 24(2):198-208.
- Kamb ML, Dillon BA, Fishbein M, et al. Quality Assurance of HIV Prevention Counseling in a Mult-Center Randomized Controlled Trial. *Public Health Reports*. 1996;III,Supp I:99-107.
- Kassler W, Dillon BA, Haley C et.al. On- site, rapid HIV testing with same day results and counseling. *AIDS* 1997;11:1045-1051.
- Kassler WJ. Advances in HIV Testing Technology and Their Potential Impact on Prevention. *AIDS Education and Prevention* 1997;9 (Sup B): 27-40.
- Kim YM, Marangwanda C, Kols A. Quality of Counseling of Young Clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal*. 1997;74(8):514-518.
- Kratochwill TR, Stoiber KC. Diversifying Theory and Science: Expanding the Boundaries of Empirically Supported Interventions in School Psychology. *Journal of School Psychology*; 2000; 38(4):349-358.
- Kuhn T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: ed Perspectiva. 2003.
- Laitakari J. How to develop one's counseling – Demonstration of the use of single case studies as a practical tool for evaluating the outcomes of counseling. *Patient Education and Counseling* 1998; 33:39-46.
- Lamarca DC. *Una hermenêutica de la experiencia : Gadamer* in: <http://aparterei.com>.
- Lerner PM. The Clinical Inference Process and the Role of Theory. *Journal of Personality Assessment*; 1990; 55(3 e 4): 426-431.
- Leventhal DB, Shemberg KM. Psychotherapy: theory, experience, and personalized actuarial tables. *Br. Journal Med. Psychology*; 1997; 50:361-365.
- Lindgren HC. As Teorias de Carl Rogers e sua Importância para a Educação Americana. *Boletim de Psicologia*; 1962; XIV(44): 23-37.

- Leitão VM. Da Teoria Não Diretiva à Abordagem Centrada na Pessoa: Breve Histórico. *Revista de Psicologia*; 1986; 4(1): 87.
- Leitão VM. A Noção de Pessoa na Teoria de Carl Rogers. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*; 1992; 4(2): 7-18.
- Leong FTL. Toward a Global Vision of Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*. 2000; 28(1):5-9.
- Lewis EC. *The Psychology of Counseling*. Iowa: State University Press; 1970.
- Lucas MS. Problem Solving Appraisal in Counseling and with different populations *The Counseling Psychologist*. 2004.32(3): 450-459.
- Mann JM, Tarantola DJM, Netter T. *AIDS in the World*. Cambridge, Massachusetts and London, England. Harvard University Press. 1992.
- Mann JM, Tarantola DJM. *AIDS in the world II*. New York. Oxford University Press. 1996.
- Marinho A, Façanha LO. *Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação*. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IPEA. 2001.
- Mattos RA. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Maupeou YMG. A Visão de Pessoa na Teoria de Carl Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*; 1974; 26(1): 55-61.
- May R. *A Arte do Aconselhamento Psicológico*. São Paulo. Vozes; 2003.
- Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde – características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994.
- Meursing K, Sibindi F. HIV Counseling: a luxury or necessity ? *Health policy and Planning*.2000;15(1):17-23.

- Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM et al. Você Aprende. A Gente Ensina? Interrogando Relações entre Educação e Saúde desde a Perspectiva da Vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*; 2006; 22(6): 1-10.
- Miller R, Lipman M. HIV pre test discussion: not just for specialists. *British Medical Association*. 1996.
- Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo. Ed. Hucitec, 2004.
- Minayo MCS, Souza ER, Assis SG, et.al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/Côas da Região Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 1999; 15(2): 7-16.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis SIDA/AIDS. *Manual de Condutas Clínicas*. Brasília; 1988.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis SIDA/AIDS. *Manual de Aconselhamento/AIDS*. Brasília; 1989.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle de DST/AIDS. *Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico*. Brasília; 1993.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Relatório do I Encontro de Avaliação de Centros de Apoio Sorológico*. Campinas; 1994.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Relatório do II Encontro de Avaliação de Centros de Apoio Sorológico*. Brasília; 1996a.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Relatório do Seminário de Aconselhamento*. Brasília; 1996b.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids - Diretrizes e Procedimentos Básicos*. Brasília; 1997.

- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Manual de Treinamento de Aconselhamento em DST, HIV e Aids*. Brasília; 1998.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Aconselhamento: Um Desafio para a Prática Integral em Saúde – avaliação das ações*. Brasília; 1999.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. CN DST/AIDS. *Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)*. Brasília; 2000.
- Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Aconselhamento em DST/HIV no Contexto do Distrito Sanitário Especial Indígena*. Brasília; 2004a.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. CN DST/AIDS. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília; 2004b.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. CN DST/AIDS. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília; 2005.
- Miranda KCL, Farias FSAB, França ISX, et al. Aconselhamento em HIV/AIDS como prática educativa interdisciplinar: reflexões e possibilidades. *JBA*. 2003; 4(1): 23-27.
- Molitor F, Bell RA, Truax SR, et. al. Predictors of Failure to Return for HIV Test Result and Counseling by Test Site Type. *AIDS Education and Prevention* 1999; 11(1):1-13.
- Moreira V. Psicoterapia Centrada na Pessoa e Fenomenologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 1993; 9(1): 157-172.
- Morin E, Kern AB. *Terra - Pátria*. Porto Alegre. Editora Sulina. 1995.
- Morin E. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil. 2003.
- Myers T, Worthington C, Haubrich DJ, et. al. HIV Testing and Counseling: Test Provider's Experiences of Best Practices. *AIDS Education and Prevention* 2003; 15 (4): 309-319.
- Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*; 2000; 34(5): 547-559.
- Novaes RL. Sobre a Técnica. *Manguinhos*; 1996; III (1): 24-49.

- Nunes ED. As Ciências Humanas e a Saúde: Algumas Considerações. *Revista Brasileira de Educação Médica*; 2003; 27(1): 65-71.
- Oliveira MRNS. Do Mito da Tecnologia ao Paradigma Tecnológico: a mediação tecnológica nas práticas didático-pedagógicas. *Revista Brasileira de Educação*; 2001; 18: 101-107.
- Otten MW, Zaidi AA, Wroten JE, et al. Chances in Sexually Transmitted Disease Rates after HIV Testing and Posttest Counseling, Miami, 1988 to 1989. *American Journal of Public Health*. 1993; 83(4): 529-533.
- Pacheco JA. Dos tempos e lugares do campo educacional: uma análise dos percursos de investigação em Portugal (1900-2000). *Revista Brasileira de Educação*; 2004; 25: 53-66.
- Paim JS. Por um Planejamento das Práticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; 1999; 4(2): 243-248.
- Paiva V. Sem Mágicas Soluções: a Prevenção ao HIV e á AIDS como um Processo de Emancipação Psicosocial. in: Parker R, Terto Jr. V. *Seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* Rio de Janeiro. ABIA; 2002.
- Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O Direito à Prevenção e os Desafios da Redução da Vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*; 2006; 40(Supl): 109-119.
- Panter AT, Huba GJ, Melchior LA, et..al. Health Care Provider Characteristics and Perceived Confidence from HIV/AIDS Education . *AIDS Patient Care and STDs* 2000; 14(11):603-614.
- Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(Sup 1):89-102.
- Parker R. Estado e Sociedade em Redes: Descentralização e Sustentabilidade das Ações de Prevenção das DST/Aids. (Conferência Apresentada). In: IV Congresso Nacional de Prevenção de DST/Aids; 2001; Cuiabá.

- Parker R. Construindo os Alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *Divulgação em Saúde para Debate*; 2003; 27:8-49.
- Passarelli CA. Notas sobre o Seminário “Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década”. In: Parker R, Terto Jr. V. *Seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* Rio de Janeiro. ABIA; 2002.
- Passarelli CA. O SUS e a Prevenção à aids: limites e possibilidades. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.
- Pattersson CH. *Theories of Counseling and Psychotherapy*. NY. Harper and Row Publishers; 1973.
- Pattersson CH. *Counseling and Psychotherapy : theory and practice*. NY. Harper and Row Publishers; 1959
- Pattersson EL, Eisenberg S. *O Processo de Aconselhamento*. São Paulo. Martins Fontes; 2003.
- Perez JF. *Counseling: Theory and Practice*. Massachusetts. Addison-Wesley Reading. 1965.
- Phillips KA, Coates TJ. HIV Counseling and Testing: research and policy issues. *AIDS CARE*. 1995; 7(2):115-124.
- Pinheiro R, Luz MT. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Pinsky H. The Role of Theory in Teaching Supportive Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*; 1994; 48(4):530-542.
- Powderly WG, Mayer K. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Guidelines for Human Immunodeficiency virus (HIV) Counseling, Testing and Referral: Targeting HIV Specialists. *Clinical Infectious Diseases* 2003; 37:813-819.

- Puente M de La. Sobre a Recente Psicologia Social de Carl Rogers. *Boletim de Psicologia*; 1975; XXV (65): 183-195.
- Puente M de La. Consciência e não consciência em Carl R Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 1979; 31(3): 71-77.
- Rips J, MPhil MA. Establishing a Successful HIV Counseling and Testing Service. *HIV Disease in Pregnancy* 1997; 24(4): 873-889.
- Rogers CR. Significant Aspects of Client-Centered Therapy. *American Psychologist*. 1946; 1: 415-422.
- Rogers CR. Some Observations on the Organization of Personality. *American Psychologist*; 1947; 2:358-368.
- Rogers CR. The Interpersonal Relationship. 1962. <http://www.centerfortheperson.org/page20.html>.
- Rogers CR. *Liberdade para Aprender*. Belo Horizonte. Interlivros. 1973.
- Rogers CR. Em retrospecto quarenta e seis anos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*. 1976; 28(2): 129-142.
- Rogers CR. The Foundations of the Person-Centred Approach. 1979a. <http://www.centerfortheperson.org/page20.html>.
- Rogers CR. Empathic: An Unappreciated Way of Being. 1979b. <http://www.centerfortheperson.org/page20.html>.
- Rogers CR. *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Buenos Aires. Paidós. 1981.
- Rogers CR. *Liberdade para Aprender em Nossa Década*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1985a.
- Rogers CR. Characteristics of Effective Counseling. 1985b. <http://www.centerfortheperson.org/page20.html>.
- Rogers CR. *The Carl Rogers Reader - Selections from the Lifetime Work of America's Preeminent Psychologist*. Edited by Kirschenbaum H; Henderson V L. New York:Houghton Mifflin Company. 1989.
- Rogers CR. *Tornar-se Pessoa*. São Paulo. Martins Fontes. 2001a

- Rogers CR. *Sobre o Poder Pessoal*. São Paulo. Martins Fontes. 2001b
- Rogers CR. *Psicoterapia e Consulta Psicológica*. São Paulo. Martins Fontes. 2005a.
- Rogers CR. *A Pessoa Como Centro*. São Paulo. EPU. 2005b.
- Rogers CR. *Um Jeito de Ser*. São Paulo. EPU. 2005c.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*. 1988;15(2):175-183.
- Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4): 328-386.
- Rosemberg B. Comunicação e Participação em Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M et al. São Paulo - Rio de Janeiro. Editora HUCITEC/Editora Fio Cruz. 2006.
- Rosemberg RL. Aconselhamento Rogeriano. 1972; *Boletim de Psicologia*; XXIV (64): 15-27.
- Rosemberg RL. *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo. EPU; 1987.
- Ruiz JD, Molitor F, Prussing E, et. al. Prenatal HIV Counseling and Testing in California: Women's Experiences and Provider's Practices. *AIDS Education and Prevention* 2002;14(3):190-195.
- Rutledge SE, Roffman RA, Picciano JE et al. HIV Prevention and Attrition: Challenges and Opportunities. *AIDS and Behavior*. 2002;6(1):69-82.
- Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counseling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. *CMAJ*.1998;158(11):1449-1457.
- Santos, OB. *Aconselhamento Psicológico e Psicoterapia*. 1982
- Saviani D. *Escola e Democracia*. Campinas. Autores Associados. 1983.
- Saviani D. *Pedagogia Histórico Crítica: primeiras aproximações*.Campinas. Autores Associados. 1991.

- Scheffer R. Considerações sobre a Teoria Não Diretiva de Carl Rogers. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*; 1969; 21(1): 9-16.
- Sheffer R. Algumas conclusões do simposium sobre “O aconselhamento na atualidade”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*. 1975; 27(2): 43-47.
- Scheffer R. *Teorias de Aconselhamento*. São Paulo. Atlas; 1976.
- Schraiber LB. *O Médico e seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo. Editora HUCITEC. 1993.
- Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*; 1999; 4(2): 221-242.
- Schraiber LB. *Ética e Subjetividade no Trabalho*. 1996. Portal da Rede Unida-
www.redeunida.org.br/produção/artigo02.asp - (citado em 31/03/06 - 16:15).
- Schwartzman RS. Uma Reflexão sobre as Psicoterapias Humanistas e a Análise Existencial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 1986; 35(3): 173-180.
- Seffner F. Prevenção à AIDS: uma Ação Político Pedagógica. in: Parker R, Terto Jr. V. *Seminário Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década* Rio de Janeiro. ABIA; 2002.
- Senour MN. How Counselors Influence Clients. *Personnel and Guidance Journal*; 1982; Fev: 345-349.
- Sigelmann E. Ambigüidades e paradoxos na teoria rogeriana. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; 1987; 39(1): 72-78.
- Sikkema KJ, Bissett RT. Concepts, Goals and Techniques of Counseling: Review and Implications for HIV Counseling and Testing. *AIDS Educations and Prevention* 1997; 9 (Sup B):14-26.
- Silva Jr AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o Ato de Cuidar em Saúde. . In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*; 1994; 10(1): 80-91.

- Silva SMP, Barros SR. CTA: contextualizando sua história. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.
- Silverman D, Perakyla A, Bor R. Discussing safer sex in HIV counseling: assessing three communications formats. *AIDS CARE*. 1992;4(1):69-82.
- Simon PA, Weber M, Wesley LF, et.al. Reasons for HIV antibody test refusal in a heterosexual sexually transmitted disease clinic population. *AIDS* 1996;10: 1549-1553.
- Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG et al. Evidence-based guidelines for teaching patient-centered interviewing. *Patient Education and Counseling*. 2000;39: 27-36.
- Spielberg F, Kurth A, Pamina MG, et al. Moving from apprehension to action: HIV counseling and testing preferences in three at risk populations. *AIDS Education and Prevention*. 2001;13(6):524-540.
- Stefflre B, Gand WH. *Teorias de Aconselhamento*. Macgraw- Hill do Brasil- Ltda; 1969.
- Sundfeld AC. Abordagem Integrativa: Reterritorialização do Saber Clínico? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 2000; 16(3): 251-257.
- UNAIDS. *Tools for evaluating HIV voluntary counseling and testing*. Best Practice Collection. Geneva; 2000.
- Steenbarger B. On the Role of Theory in the Postmodern Integration of Science and Practice.
- Stein E. *A Consciência da História: Gadamer e a Hermenêutica*. 1998. In: <http://www.cfh.ufsc.br>. Citado em 10/6/2006.
- Szapiro AM. O outro da prevenção. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.

- Tallmer M, Clason C, Lampke RF, et al. *HIV Positive Perspectives on Counseling*. Philadelphia. The Charles Press. 1991.
- Teixeira PR. Políticas públicas em AIDS. In: Parker R. *Políticas Instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro. ABIA Jorge Zahar editor. 1997.
- Teixeira RR. A Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma Rede de Conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro. CNPq, FAPERJ e IMS. 2003.
- Thorne B. *Person-Centered Counselling: therapeutic and spiritual dimensions*. London and New Jersey. Whurr Publishers. 1991.
- Thorne B, Dryden W. *Counselling Interdisciplinary Perspectives*. Philadelphia. Open University Press 1993.
- Tyler LE. *The Work of Counselor*. Century Psychology Series. New York. Appleton Century Crofts. Meredith Corporation. 1969.
- UNAIDS/WHO. *Opening up the HIV/AIDS Epidemic – Guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counseling and appropriate use of HIV case – reporting*. UNAIDS/0042E .Geneva; 2000.
- UNAIDS. *The impact of Voluntary Counseling and Testing. A global review of the benefits and challenges*. UNAIDS/01.32E. Geneva. 2001.
- Valdisseri RO. HIV Counseling and Testing: Its Evolving Role in HIV Prevention. *AIDS Education and Prevention* 1997; 9 (Sup B): 2-13.
- Varghese B, Peterman TA, Holtgrave D. Cost effectiveness of Counseling and Testing and Partner Notification : a Decision Analysis. *AIDS* 1999.
- Vermelho LL, Barbosa RHS. Aids: um desafio para a saúde coletiva. In: Ministério da Saúde. CN DST/AIDS. *Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): Integrando Prevenção e Assistência*. Coleção DST/AIDS. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação No 8. Brasília. 2004.
- Visser A, Antoni M. Current perspectives on AIDS/HIV education and counseling. *Patient Education and Counseling*. 1994;24:191-198.

- Warnke G . *Gadamer: Hermeneutics, Tradition and Reason*. California . Stanford University Press. 1987.
- Weinhardt LS, Carey MP, Blair J, et. al. Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior : a Meta Analytic Review of Published Research, 1985-1997. *American Journal of Public Health* 1999;89 (9):1397-1405.
- Wenger NS , Greenberg JM, Hilborne LH, et. al. Effect of HIV Antibody Testing and AIDS Education on Communication about HIV Risk and Sexual Behavior. *Annals of Internal Medicine* 1992; 117 (11): 905-911.
- Wessely S. Rise of Counselling. *British Medical Journal*. 1996; 313(7050):158-160.
- Whiteley JM. The Paradigms of Counseling Psychology. *The Counseling Psychologist*. 1999;27(1):14-31.
- WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean. *Training Workshop on Psychosocial Counselling for Persons with HIV Infection, AIDS and Related Diseases*. Tunis; 1990a.
- WHO. *Guidelines for Counselling about HIV Infection and Disease*. AIDS Series 8. Geneva; 1990b.
- WHO/OMS. Global Programme on AIDS. *Counselling for HIV/AIDS: A Key to Caring*. Geneve; 1995a.
- WHO/OMS. Global Programme on AIDS. *Counselling for HIV/AIDS: A Key to Caring – For Policy-Makers, Planners and Implementors of Counseling Activities*. Geneve; 1995b
- WHO. *Source Book for HIV/AIDS Counselling Training – Global Programme on AIDS- WHO/GPA/TCO/HCS/94.9*; 1995c.
- WHO. *Increasing Access to HIV Testing and Counselling - Report of a WHO Consultation* Nov (2002).
- Wolberg LR *The Technique of Psychotherapy*. Philadelphia. Grune Stratton Harcourt Brace Jovanovich Publishers. 1988.

- Wolitski RJ, MacGowan RJ, Higgins DL, et. al. The Effects of HIV Counseling and Testing on Risk-Related Practices and Help-Seeking Behavior. *AIDS Education and Prevention* 1997; 9 (SupB): 52-67.
- Wood J K; Doxsey JR; Assumpção LM et al. *Abordagem Centrada na Pessoa*. Vitória. Ed. Fundação Ceciliano Abel de Almeida - UFES.1994.
- Wrenn CG *The World of Contemporary Counselor*. Boston. Houghton Mifflin Company. 1973.
- Yalom ID. *Os Desafios da Terapia: reflexões para pacientes e terapeutas*. Rio de Janeiro. Ediouro. 2006.
- Zenilman JM, Erickson B, Fox R et. al. Effect of HIV Posttest Counseling on STD Incidence. *JAMA* 1992;267: 843-845.
- Zoysa ID, Phillips KA, Munkolenkole CK et al. Role of HIV Counseling and Testing in Changing risk Behaviors in Developing Countries. *AIDS*. 1995; 9 Sup A: S95-S101.