**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA**
Instituto de Psicologia - IPS
*Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI*
**MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**

**MANUELA BRITO DOS SANTOS**

# Práticas discursivas de aconselhamento na Testagem Rápida para HIV em grandes eventos na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial

Salvador
2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA**
Instituto de Psicologia - IPS
*Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPSI*
**MESTRADO ACADÊMICO E DOUTORADO**

**MANUELA BRITO DOS SANTOS**

# Práticas discursivas de aconselhamento na Testagem Rápida para HIV em grandes eventos na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Área de concentração: Psicologia Social e Cognição

Orientadora: Professora Dra. Mônica Lima

Salvador

2022

Nome: Brito, Manuela

Título: Práticas discursivas de aconselhamento na Testagem Rápida para HIV em grandes eventos na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Wedna Cristina Galindo

Instituição: UFPE

Julgamento: _____

Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva

Instituição: UFBA

Julgamento: _____

Profa. Eliane Costa

Instituição: UFBA

Julgamento: _____

Profa. Dra. Mônica Lima

Instituição: UFBA

Julgamento: _____

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

Santos, Manuela Brito dos
S237 Práticas discursivas de aconselhamento na testagem rápida para HIV em grandes eventos
na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial / Manuela Brito dos Santos. – 2022.
108 f.

Orientadora: Profª. Drª. Mônica Lima
Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia, Salvador, 2022.

1. Psicologia social. 2. Aconselhamento. 3. Aids (Doença). 4 Racismo. 5. Relações raciais. I. Lima, Mônica. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 155

---

## Agradecimentos

*Agradeço a Deus, a Nossa Senhora Auxiliadora e aos/às guias espirituais a benção da conclusão desta caminhada.*

*Á minha família, minha mãe, irmã, filha e cunhado pelo suporte, pela torcida, pelo incentivo e pelos momentos de celebração a cada passo dado*

*À minha sempre presente (des)orientadora prof dra. Monica Lima, pela sábia condução ético-política, crítica, compreensiva e fraterna nos caminhos da construção desta tese.*

*Aos/às amigos/as do grupo de pesquisa do Laboratório Estudos sobre Vínculos e Saúde Mental (LEV), presencial ou virtualmente pelos encontros afetivos, pelas leituras cuidadosa e crítica dos textos produzidos ao longo desses anos;*

*Aos/às colegas do grupo de pesquisa do prof. Benedito Medrado, Jorge Lyra da Universidade Federal de Pernambuco por me receber no intercâmbio acadêmico (com recurso do CAPES)*

*Aos/às professorees/as das bancas de Seminários de Qualificação Rodrigo Nejm, Wedna Galindo e Luis Augusto Vasconcelos pela leitura cuidadosa e contribuições para a formatação final da tese*

*Às minhas/meus maravilhosos/as amigos/a e comadres pela alegria de compartilhar a vida e os estudos.*

## RESUMO

Brito, Manuela (2022). Práticas discursivas de aconselhamento na Testagem Rápida para HIV em grandes eventos na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

A presente tese analisa as práticas discursivas com enfoque nos marcadores raciais presentes no aconselhamento durante a testagem para HIV no Carnaval em Salvador-Bahia. Utilizando a perspectiva da Psicologia Social, de base construcionista, o intuito foi de refletir sobre o aconselhamento inserido na Testagem Rápida para HIV (TR-HIV), enfatizando a dimensão racial da população que buscava esse serviço. A tese está organizada em formato de artigo e para compor o todo da tese, discuto teórico-politicamente a noção de aconselhamento como um primeiro tópico para contextualizar o objeto de estudo, além das contribuições dos estudos construcionistas para pensar o objeto de estudo. No primeiro artigo, realizei uma análise documental dos manuais de aconselhamento disponibilizados aos/às profissionais ao longo do tempo em que foi introduzida a prática do aconselhamento na testagem para o HIV. No segundo artigo, está a análise das gravações de aconselhamentos e do diário de campo realizados durante o carnaval de 2019, enfatizando a dimensão racial. O terceiro artigo versa sobre propostas para construção de um aconselhamento racialmente orientado. Os resultados da análise, no primeiro artigo, demonstram uma mudança significativa ao longo do tempo e de cada manual, passando de uma orientação de prevenção mais individualista, ampliando para a prevenção pautada na vulnerabilidade individual e social e, atualmente, sendo orientada, adaptada à vivência das populações-chave para se realizar o aconselhamento. Somente no terceiro manual, a população negra aparece como segmento de atenção no aconselhamento - depois de vinte e um anos da primeira publicação sobre o tema. No segundo, artigo, podemos destacar que os homens autodeclarados negros em situações de vulnerabilidade relatam a oferta sexual e a obrigatoriedade de responder a essa oferta. Paradoxalmente, quando eles têm poucas parceiras na vida também justificam essa situação, com um tom envergonhado, por não corresponder à expectativa de ter muitas parcerias sexuais. Por sua vez, as mulheres negras apresentam essas duas formas vulnerabilidade social, que elevam a exposição ao HIV, quando explicitam durante o aconselhamento, vivência de relacionamentos violentos, sem possibilidade de negociação do uso de meios de prevenção e a dificuldade de acesso aos serviços de testagem e aconselhamentos no seu cotidiano. No terceiro artigo, foi construída uma proposta de aconselhamento para TR-HIV com ênfase nos aspectos raciais. Dois documentos de domínio público foram utilizados como norteadores. Mais do que uma proposta fechada sobre o formato das capacitações (que podem incluir apoio matricial, oficinas, reuniões clínicas, entre outros meios) na educação permanente em saúde, as formações dos/as de profissionais de saúde devem enfocar diretamente as relações raciais e o cuidado público em saúde e que problematize o emprego de discursos institucionalizados sobre a sexualidade da população negra (sejam homens ou mulheres). Destaco que a forma como se deu a prática de pesquisa deste projeto, apesar de não ser nova, foi inovadora. Temos poucos estudos em que se grava, de modo espontâneo e sem a presença da pesquisadora, o momento exato em que se dá o tema de estudo deste projeto - o aconselhamento. Desse modo, entendo que o aconselhamento seja uma tecnologia do cuidado potente. Esse espaço, defendo que se reconfigurado para acontecer sem roteiros prévios (mas com letramento racial e interseccional com os demais marcadores sociais) e com o/a profissional munido de uma abertura para acompanhar e estar atento aos repertórios linguísticos dos marcadores raciais dos usuários/as, pode ser efetivo. Ter um efeito mais significativo para as pessoas que realizam testagem, dentro ou fora dos muros das Unidades de Saúde, que inclui em eventos, como é o caso do Carnaval.

Palavras-chave: aconselhamento, TR-HIV/aids, racismo institucional, relações raciais

## *ABSTRACT*

*Brito, Manuela. (2021).Discursive Couseling practices in HIV Rapid Testing in large events in the city of Salvador-Bahia: a look at the racial. Doctoral Thesis, Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador.*

*This thesis analyzes discursive practices focusing on racial markers present in counseling during HIV testing at Carnival in Salvador-Bahia. Using the perspective of Social Psychology, with a constructionist basis, the aim was to reflect on the counseling included in the Rapid Testing for HIV (TR-HIV), emphasizing the racial dimension of the population that sought this service. The thesis is organized in an article format and to compose the whole of the thesis, I discuss theoretically and politically the notion of counseling as a first topic to contextualize the object of study, in addition to the contributions of constructionist studies to think about the object of study. In the first article, I carried out a documentary analysis of the counseling manuals made available to professionals during the time when the practice of counseling in HIV testing was introduced. In the second article, there is the analysis of the recordings of counseling and the field diary carried out during the 2019 carnival, emphasizing the racial dimension. The third article deals with proposals for the construction of racially oriented counseling. The results of the analysis, in the first article, demonstrate a significant change over time and from each manual, moving from a more individualistic prevention orientation, expanding to prevention based on individual and social vulnerability and, currently, being oriented, adapted to the experience of key populations to carry out counseling. Only in the third manual, the black population appears as a segment of attention in counseling - twenty-one years after the first publication on the subject. In the second article, we can highlight that self-declared black men in situations of vulnerability report the sexual offer and the obligation to respond to this offer. Paradoxically, when they have few partners in life, they also justify this situation, with an embarrassed tone, for not living up to the expectation of having many sexual partners. In turn, black women present these two forms of social vulnerability, which increase exposure to HIV, when they explain, during counseling, the experience of violent relationships, without the possibility of negotiating the use of means of prevention and the difficulty of accessing health services. testing and counseling in your daily life. In the third article, a counseling proposal for RT-HIV was built with emphasis on racial aspects. Two public domain documents were used as guidelines. More than a closed proposal on the format of training (which may include matrix support, workshops, clinical meetings, among other means) in continuing health education, the training of health professionals should directly focus on racial relations and the public health care and that problematizes the use of institutionalized discourses on the sexuality of the black population (whether men or women). I emphasize that the way in which the research practice of this project took place, despite not being new, was innovative. We have few studies that record, spontaneously and without the presence of the researcher, the exact moment in which the subject of study of this project takes place - counseling. In this way, I understand that counseling is a powerful technology of care. I argue that this space should be reconfigured to take place without previous scripts (but with racial literacy and intersectional with other social markers) and with the professional equipped with an opening to follow and be attentive to the linguistic repertoires of the users' racial markers. , can be effective. Have a more significant effect on people who carry out testing, inside or outside the walls of the Health Units, which includes in events, such as Carnival.*

*Keywords: counseling, TR-HIV/AIDS, institutional racism, race relations*

## Lista de Quadros

**Artigo 01**

Quadro 01 - Síntese de aspectos do primeiro nível de análise dos manuais .

Quadro 02 - Quadro-resumo da categorização do Manual I (1996).

Quadro 03: Quadro-resumo da categorização do Manual I (2005).

Quadro 04: Quadro-resumo do Manual III (2017).

**Artigo 02**

Quadro 01- Marcadores sociais dos/as participantes e resultados do TR-HIV.

Quadro 02 – Caracterização dos/das aconselhadores/as.

**Artigo 03**

Quadro 01 - Documentos brasileiros norteadores para construção da proposta de aconselhamento em TR-HIV.

## Lista de abreviaturas e siglas

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACCCT - Análise qualitativa de conteúdo categorial temático

ACP – Abordagem Centrada na Pessoa

APS – Atenção Primária à Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

COAS - Centros de Orientação e Apoio Sorológico

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

ELISA -Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homens que fazem sexo com homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

ONG - Organização Não-Governamental

OSC - Organizações da Sociedade Civil

PEP- Profilaxia pós-exposição

PrEP – Profilaxia pré-exposição

PV-HIV - Pessoas vivendo com HIV

SAE- Serviço de Atenção Especializada

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIS-CTA - Sistema Informatizado que também era utilizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde de Salvador

TARV - Terapia Antirretroviral

TR-HIV – Teste Rápido para detecção do HIV

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UDI – Usuário/a de drogas injetáveis

UNAIDS – *United Nations Program on HIV/Aids*

UFBA – Universidade Federal da Bahia

## Sumário

**Apresentação** ..... **13**
**Introdução** ..... **15**
Fundamentação Teórica ..... 26
Fundamentação metodológica ..... 31

## Apresentação

Esta tese é decorrente da minha prática pessoal, profissional e acadêmica. Sou uma mulher negra, psicóloga, funcionária efetiva da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e trabalhei durante treze anos em um Serviço de Atenção Especializada (SAE) em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). No SAE realizei atividades de prevenção como palestras, oficinas sobre as formas de contágio pelo HIV e os modos de se prevenir, atendimento psicológico e aconselhamento pré e pós-teste para detecção do HIV.

Quando iniciei minha prática profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, em 2003, realizava aconselhamento para testagem de detecção do HIV, seguindo o modo 'tradicional', ou seja, o/a usuário/a participava de um aconselhamento coletivo pré-teste, um aconselhamento individual pré-teste, fazia coleta de sangue e era liberado/a. O resultado do teste ficava pronto no prazo de 30 a 40 dias. Havia um número expressivo de usuários/as que não retornava para obter seu resultado e os que voltavam eram atendidos/as no aconselhamento pós-teste, de preferência pelo/a mesmo/a profissional que tinha feito o aconselhamento pré-teste.

Em 2009, foi introduzida a testagem rápida para HIV (TR-HIV) no Serviço em que eu trabalhava. Dois colegas enfermeiros foram à Brasília fazer treinamento de capacitação para a implantação da nova forma de testagem. Recordo-me de ter ficado bem animada porque, a partir daquele novo modelo, entregaríamos imediatamente o resultado do exame, o que eliminaria o acúmulo de laudos não entregues, visto que muitos/as usuários/as não retornavam no prazo estipulado.

Após a implantação e consolidação da estratégia de TR-HIV nas Unidades de Saúde, fui incorporada, como facilitadora, para a temática do aconselhamento em Salvador. Assim, nos anos de 2010 e 2011, participei da expansão da TR-HIV na rede de serviços, com a implantação da TR-HIV, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Integrei a equipe de profissionais responsáveis pela execução teórico-prática da temática do aconselhamento dentro do TR-HIV. Até os dias atuais, atuo realizando essa ação de facilitação da aprendizagem sobre o aconselhamento.

Na minha área de trabalho, sempre houve incentivo à produção reflexiva da prática profissional. A cada dois anos, acontecia o Congresso Nacional de HIV\aids, em que se

reuniam profissionais, gestores/as e ativistas e havia um estímulo à participação dos profissionais, através de bolsas (passagem e hospedagem) para apresentar os relatos de experiência no referido Congresso. Por incentivo da gestora e das colegas, em 2005 escrevi um relato de experiência sobre uma atividade de prevenção realizada com adolescentes que faziam parte de uma Organização Não-Governamental (ONG) localizada próximo à Unidade de Saúde. Foi aprovado e apresentei um pôster nesse Congresso.

A partir desse evento, intensifiquei as reflexões sobre a minha prática profissional, assim como busquei a participação em outros congressos. Com a motivação advinda dessas experiências, matriculei-me, inicialmente, como aluna especial do mestrado na Pós-graduação em Psicologia na Universidade Federal da Bahia (UFBA). No mestrado, realizado entre 2010 e 2012, fruto da minha atuação profissional e de um curso de atualização oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS), em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), intitulado *Raça e Gênero na Saúde*, resolvi articular esses aprendizados e investigar a representação social da sexualidade do homem negro soropositivo para o HIV, sendo orientada pelo psicólogo social professor Dr. Antônio Marcos Chaves, na época professor-pesquisador da UFBA.

Em 2013, fui convidada pela Coordenação Municipal para realizar aconselhamento durante o Carnaval, no *Programa Fique Sabendo*. Durante dois anos, recusei o convite porque avaliava as atividades do referido programa como uma banalização do aconselhamento e um descaso com o/a usuário/a que, porventura, tivesse o resultado reagente e se visse sem possibilidade de acessar a rede de atenção durante o Carnaval, visto que os serviços de atendimento não funcionam nesse período.

Mas, após o Carnaval, ouvi relatos dos/as profissionais sobre como se organizava o processo de aconselhamento, tanto no Carnaval como em outros grandes eventos na cidade. Assim, em 2015 (três anos após o primeiro convite), por disponibilidade e curiosidade, me inscrevi para trabalhar como aconselhadora no Carnaval. Estar imersa nessa atividade me trouxe ainda mais inquietações e novas ponderações que me fizeram, em conversas com colegas e professoras, formatar a presente tese de doutorado, atrelada às minhas reflexões anteriores sobre os estudos de raça, racismo e relações raciais e o campo do HIV.

## Introdução

A presente tese analisa as práticas discursivas, com enfoque nos marcadores raciais, presentes no aconselhamento durante a testagem para HIV no Carnaval em Salvador-Bahia. Utilizando a perspectiva da Psicologia Social, de base construcionista, o intuito foi de refletir sobre o aconselhamento inserido na Testagem Rápida para HIV (TR-HIV), enfatizando nessa análise a dimensão racial, da população que buscava esse serviço.

O aconselhamento é uma das estratégias de controle da epidemia de HIV/aids e, por estar inserido em uma prática institucional na saúde, deve também ser alvo de análise em diversos enfoques (incluindo o racial).

O objetivo geral da tese é:

- Compreender as práticas discursivas no aconselhamento para a testagem rápida para HIV en grandes eventos na cidade de Salvador-Ba, com ênfase na dimensão racial.

Tem como objetivos específicos:

1. Analisar os discursos institucionalizados sobre aconselhamento para a testagem e detecção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), em Manuais elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

2. Analisar os repertórios linguisticos das práticas discursivas de aconselhamentos para Testagem Rápida para o HIV (TR/HIV) no Carnaval de Salvador-Bahia, com ênfase na dimensão racial.

3. Delinear caminhos para a construção de uma proposta de aconselhamento racialmente orientado para testagem rápida de HIV dentro da estratégia de prevenção combinada,

A tese está organizada em formato de artigos que foram definidos para dar conta dos objetivos específicos. Nessa direção, para compor o todo da tese, discuto teórico-politicamente a noção de aconselhamento como um primeiro tópico para contextualizar o objeto de estudo, além das contribuições dos estudos construcionistas para pensar o objeto de estudo. No segundo momento, realizei uma análise documental dos manuais de aconselhamento disponibilizados aos/às profissionais ao longo do tempo em que foi introduzida a prática do aconselhamento na testagem para o HIV. No terceiro momento, está a análise das gravações de aconselhamentos e do diário de campo, realizados durante o carnaval de 2019, enfatizando a dimensão racial. Na seção seguinte, o artigo versa sobre

propostas para construção de um aconselhamento antirracista; como fechamento, as considerações finais da tese.

O conceito de aconselhamento foi apresentado, no Brasil por Ruth Scheffer (1964, p.14), no livro intitulado *Aconselhamento Psicológico*. O aconselhamento foi definido como "uma relação face a face de duas pessoas, no qual uma delas é ajudada a resolver dificuldades de ordem educacional, profissional, vital e a utilizar melhor os seus recursos pessoais". Segundo Scheffer (1964, p.14), a atividade de aconselhamento se iniciou como forma de ordenar, proibir, repreender ou ameaçar os pais e as crianças ou adolescentes convocados a frequentar os Centros de Orientação Infantil e Juvenil nos Estados Unidos das Américas (EUA), realizado, à época, de um modo autoritário. Nessa direção, a técnica do aconselhamento se expandiu para as atividades de Orientação Profissional, para nubentes, nas Instituições de Assistência Social e, por fim, foi implantado nas indústrias, no início do Século XX.

O livro de Harold Hackney & Sherilyn Nye (1977), que também pode ser incluído entre os clássicos, além de não divergir muito do conceito apresentado na década anterior, acrescenta o que não é caracterizado como um aconselhamento, a saber: dar informações, conselhos, influenciar atitudes, crenças e comportamentos, bem como fazer seleção de empregos ou ser entrevista para pesquisa.

Ainda de modo geral, as reflexões mais recentes sobre o campo do aconselhamento psicológico destacam a multiplicidade de teorias e técnicas que são utilizadas nesse espaço de atuação, que pode ser, ao mesmo tempo, educativo, normativo e terapêutico. Atualmente, incorporando as demandas psicossocioculturais dos/as aconselhandos/as, pode ser construída também como "modos de fazer e pensar híbridos, caboclos, do Hemisfério Sul", como analisa Maria Luísa Schmidt (2015, p.408).

O que tem mudado, ao longo das décadas, sobre o aconselhamento de modo geral, como prática, é um tema instigante, mas vamos nos deter ao aconselhamento no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e, particularmente, aquela decorrente do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids).

Após mais de três décadas de teorizações e refinamentos sobre suas técnicas de abordagem, o aconselhamento é, então, introduzido no campo das IST e HIV/Aids. No cenário da testagem para detecção do HIV, a prática do aconselhamento, no Brasil, surgiu do mesmo modo que ocorreu em outros países. Depois da obrigatoriedade do uso do teste sorológico para detecção do anticorpos do HIV - ELISA (*EnzymeLinkedImmunoSorbentAssay*) nos bancos de sangue, foram criados os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) para

as pessoas que desejavam conhecer sua sorologia para HIV, sem precisar doar sangue para ter acesso ao resultado. Em 1997, o aconselhamento e a testagem foram protocolados na rotina dos serviços do COAS, justificando, assim, a mudança de nome desses serviços para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), como historicizam Neide Silva et al (2013).

Assim, o aconselhamento, no contexto testagem para detecção do vírus do HIV, é conceituado como:

> "um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/aids" (Brasil, 2005).

O aconselhamento para TR-HIV é constituído por três componentes: o educativo, o de apoio emocional e o de avaliação de risco. O componente educativo contém troca de informações e esclarecimento de dúvidas e pode ser realizado em grupos educativos dentro e fora das Unidades de Saúde. Outro componente é o apoio emocional, que consiste em acolher a demanda do/a usuário/a e estabelecer uma relação de confiança com essa pessoa. O apoio emocional deve ser prestado, segundo o texto, nas consultas e no aconselhamento pré e pós-teste e, finalizando os componentes do aconselhamento, temos a avaliação de risco, que abarca uma conversa personalizada sobre as práticas sexuais adotadas e uso de drogas, momentos de exposição ao risco de contrair HIV e, concomitantemente, a oferta de caminhos de redução desses riscos, além de uma sondagem do suporte social presente na vida desse aconselhando/a (Brasil, 2005).

Desse modo, o aconselhamento implantado no Brasil seguiu o seguinte fluxo: um atendimento pré-teste, quando se dialogava sobre rotina de prevenção, uso de drogas, parcerias sexuais e usos de modos de prevenção e um atendimento pós-teste, quando era entregue o resultado da sorologia e avaliação das vulnerabilidades, além da reflexão sobre prevenção e encaminhamentos em caso de resultado positivo, e ainda se fazia o apoio socioemocional (Brasil, 2005).

Uma das formas de ampliação da TR-HIV é o *Programa Fique Sabendo* (Brasil, 2011), que foi instituído com o objetivo de incentivar os/as brasileiros/as a realizarem a TR-HIV e que prevê o aconselhamento como parte estruturante das ações de TR-HIIV. Foi implantado, inicialmente, nas Unidades Básicas de Saúde, depois foi expandido para que essas ações fossem realizadas extramuros, em locais que reunissem grandes números de pessoas nas cidades, como as festas populares. Nesse sontexto, cidades como São Paulo, Rio de Janeiro, Aracaju e Salvador usam essa estratégia desde então. Como acontece, por exemplo, no

Carnaval de Salvador[1], que se caracteriza por uma posição de destaque no cenário de manifestações culturais, atraindo centenas de milhares de pessoas durante seis dias.

Na revisão de literatura buscamos referências disponíveis *online*, nos meses de abril e maio de 2018, no banco de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no portal de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com os descritores: Aconselhamento *and* Teste Rápido HIV e *Cousenling and HIV Rapid Testing*. Considerando as duas bases de dados, encontramos 84 (oitenta e quatro) artigos para serem lidos na íntegra, dos quais 40 (quarenta) foram excluídos após leitura. Foram excluídos artigos repetidos ou que não abordavam o aconselhamento ou apenas mencionaram o aconselhamento como critério de inclusão para estudar soropositivos para o HIV, que se recusaram a fazer o tratamento. Os resultados e discussão apresentados a seguir dizem respeito aos 44 (quarenta e quatro) artigos lidos na íntegra.

Classificamos os aconselhamentos para TR-HIV, em pontuais ou extensos, em uma revisão de literatura sistemática integrativa sobre a temática. ***Pontuais*** foram os aconselhamentos realizados em um só encontro entre aconselhador/a e aconselhando/a e ***extensos*** os aconselhamentos realizados em mais de um encontro.

Os aconselhamentos extensos são mais comumente realizados no âmbito estrangeiro ao Brasil. São organizados em atendimentos estruturados que variam de cinco a dez sessões, como relatam Seth Kalichman et al (2014) e Phillip Coffin et al *(*2014). Nesse tipo de aconselhamento a principal técnica aplicada foi a entrevista motivacional e com diversidade nos grupos estudados: homens que fazem sexo com homens (HSH), soropositivos com baixa adesão ao uso da Terapia Antirretroviral (TARV) e usuários/as compulsivos/as de drogas (Kalichman et al, 2014, Coffin et al, 2014, Robbins et al, 2015). O aconselhamento extenso é utilizado por profissionais de saúde e por aconselhadores/as leigos/as, que são pessoas das comunidades, treinadas e certificadas por organizações não-governamentais (ONG), como destacam os estudos de Kalichman et al. (2014) Coffin et al *(*2014), Robbins et al *(*2015) e de Jenny Ledikwe et al *(*2013).

Em relação ao aconselhamento pontual, esse estilo revelou ser o mais comumente empregado e foi estudado entre doadores/as de sangue, pessoas recém iniciadas no uso da TARV, homens que fazem sexo com homens (HSH) e transgêneros, soropositivos recém-

[1]O Carnaval da cidade de Salvador/Bahia **é** a maior festa de participação popular do planeta. São mais de dois milhões de foliões - baianos e turistas - nas ruas e cerca de 234 entidades em 11 categorias. (http://saltur.salvador.ba.gov.br)

infectados/as, usuários/as abusivos/as de drogas, em tratamento, e entre casais, apresentados pelas investigações de GagandeepKaur et. al. *(*2013), Xiao Wang et al. *(*2013), BárbaraNavaza et. al *(*2016), Lauren Gooden et al *(*2016), Joseph Lau et al 2015), David Purcell et al. *(*2014) e Vicitoria Frye et al. *(*2018).

De todos os artigos pesquisados sobre aconselhamento pontual, somente três estudos foram realizados fora das Unidades de Saúde, aqui categorizados como *contexto de oferta extramuro*. Carla Obermeyer et al (2013) investigaram os aconselhamentos realizados em campanhas de detecção precoce de soropositivos, realizadas em comunidades de países subsaarianos na África. Outro estudo foi realizado com unidades móveis, instaladas em bairros de cidades de países africanos e na Tailândia, e um artigo escrito sobre o aconselhamento realizado nas casas das pessoas, em uma favela, no Quênia, relatados, respectivamente, por Thomas Coates et al. (2014) e por Patrícia Oluoch, et al. *(*2017).

O artigo de Oluoch et al (2017) descreve um modelo com três passos para atividade extramuros na comunidade: autorização dos/as residentes para realizar a atividade, mobilização da comunidade e incorporação das diferenças culturais para promover o acesso ao aconselhamento e TR-HIV, com especial atenção à linguagem e expressões usadas para se comunicar e entender os/as moradores/as. Também se adaptaram aos horários dos/as residentes, realizando aconselhamentos em fins de semana ou nas primeiras horas da manhã, com o objetivo de atender o máximo de pessoas. Como resultado, 5% dos/as participantes, sendo a maioria mulheres, descobriram a sorologia positiva. Os/as residentes referiram que participaram do aconselhamento porque queriam descobrir sua sorologia para o HIV,e porque o serviço de saúde esteve em sua casa, assim como informaram sobre a importância da testagem para o HIV (Oluoch et al, 2017).

Os/as autores/as atribuem a elevada taxa de participação da comunidade à mobilização feita com pares e ao respeito às características culturais e ao fluxo do cotidiano da comunidade. O aconselhamento também conduzia os/as participantes a uma reflexão sobre suas vulnerabilidades, sem discurso ameaçador e estigmatizador. Concluiu-se que o aconselhamento na casa das pessoas é efetivo para aqueles/as que se percebem com baixo risco de se infectar e, por isso, não procuram os serviços de saúde, servindo como mais uma quebra nas barreiras de acesso à TR-HIV. Com esse modelo de aconselhamento, as pessoas também tinham oportunidade de ser diagnosticadas precocemente (Obermeyer et al, 2017).

Já o estudo de Coates et al (2014) comparou o aconselhamento realizado em uma base dentro da comunidade com o realizado nas Unidades de Saúde nos bairros de cidades na África do Sul e da Tailândia. A maioria das participantes foi composta por mulheres jovens

com idade de 18 a 24 anos, que realizaram a testagem e que tiveram uma alta incidência de casos reagentes - o dobro do apontado em outras idades e gênero. O estudo demonstrou que essa atividade aumentou o número de pessoas que descobriu a soropositividade e, assim, diminui o risco de transmissão para outras pessoas. Percebeu-se, entre os homens que descobriram a sorologia positiva, uma diminuição significativa no número de parcerias sexuais. Não houve mudanças em relação ao estigma para com as pessoas infectadas pelo HIV (Coates et al, 2014).

Por fim, estudos empíricos realizados por Obermeyer et al (2013), em quatro países Africanos- Malauí, Burquina Faso, Quênia e Uganda - evidenciaram que, nas campanhas de aconselhamento extramuros, há um incremento na testagem para HIV significativa, visto que uma das estratégias adotadas nesses países é realizar uma semana de testagem em todo o país, que atinge populações chave, que pouco acessam o aconselhamento, como as profissionais do sexo e seus clientes. Como fragilidade dessas campanhas, os autores apontam que esse tipo de atividade pode criar uma coerção para pessoas que, porventura, não estejam preparadas para serem aconselhadas e testadas, e, mesmo assim, venham a participar da atividade. Também nesse tipo de ação não está garantida assistência às pessoas que descobrem a sorologia reagente para HIV.

Em relação ao aconselhamento em casa, uma das vantagens é poder acessar as pessoas que residem na zona rural, mas, por outro lado, as pessoas relatam se sentir pressionadas pelos membros da família a realizar o aconselhamento e TR-HIV e também a revelar o resultado do seu teste aos familiares (Obermeyer et al 2013).

Entre as publicações estrangeiras, podemos destacar alguns estudos que sinalizam aspectos negativos e positivos sobre a realização, função e desafios do aconselhamento, sejam os pontuais, sejam os extensos. O aconselhamento pontual e a TR-HIV aumentaram a adesão à testagem realizada na comunidade, principalmente entre os homens, cujo aumento foi de 4%, em comparação com outras comunidades desses países (Coates et al, 2014). Também houve um decréscimo, em 8%, dos números de parceiros/as sexuais de pessoas soropositivas, especialmente, em relação aos homens, cuja diminuição foi de 30% para as pessoas com múltiplas parcerias. Segundo os/as autores/as, esse achado foi importante porque pôde alcançar pessoas de difícil acesso, como os homens, nos referidos países.(Coates et al, 2014).

Em termos gerais, os estudos revelaram uma diminuição de práticas sexuais desprotegidas, com parcerias informais e/ou regulares. Houve aumento do uso de preservativo pelos/as participantes, mesmo quando os aconselhamentos eram executados por iniciativa dos/as profissionais, sendo avaliados como uma boa oportunidade de alcançar as minorias

sexuais. Também entre casais a incorporação do aconselhamento pontual significou um avanço na identificação de homens que desconheciam sua sorologia reagente para o HIV, para descobrir casais sorodiscordantes e apoiar homens que desejavam revelar sua sorologia positiva aos/às parceiros/as; pontos positivos apresentados nos estudos estrangeiros de Navaza et. al, (2016), Kennedy et al,(2013); Kiene et al, 2016; Kayigamba et al, 2014).

As investigações concluíram que a mudança de comportamento é mais fácil que a manutenção desse mesmo comportamento mais preventivo, sugerindo que o aconselhamento deve ser mantido de modo mais extenso para ser mais efetivo, como sinalizam Xiping Huan et al *(*2013), na China.

Em Uganda, a investigação do aconselhamento foi articulada com as ações de planejamento familiar. O grupo de profissionais que participou do aconselhamento e testagem, juntamente com as ações do planejamento familiar, avaliou que houve maior facilidade de acesso e uma postura mais amigável e de fácil entendimento sobre o TR-HIV pelos/as aconselhandos/as. Evidenciando, então, que essa ação conjunta é um fator de ampliação de acesso à testagem, que permitiu alcançar mulheres que nunca haviam sido testadas, como relatam Angelie Brunie et al *(*2016).

Contrariamente, houve estudos que apresentaram em seus resultados pouca efetividade na atividade do aconselhamento, como baixa presença dos/das doadores/as de sangue notificados para participarem do aconselhamento. Após a doação, cerca de 10% não foram encontrados/as e, dos/as que foram contatados/as, somente 50% se apresentaram para ter conhecimento do resultado reagente para o HIV (Kaur et al., 2013).

O estudo sobre aconselhamento pontual de Lau et al(2015) também demonstrou que nesse tipo de aconselhamento realizado de seis em seis meses, em que não há um encadeamento entre os atendimentos do aconselhamento, as práticas sexuais inseguras podem se manter e até aumentar. Podem criar uma falsa sensação de segurança dos/as participantes, advinda da certeza de que poderão ser testados duas vezes ao ano.

Em Botsuana, na África, encontraram-se resultados negativos sobre o aconselhamento pontual e TR-HIV, realizados por iniciativa dos/as profissionais. Descobriu-se que três razões levavam as/os enfermeiras/os a resistir fortemente a realizar essa ação: sentiam-se sobrecarregados/as, não consideravam que era responsabilidade delas/es promover essa ação e temiam ter que lidar com o resultado reagente. Surgiu também um importante tema subjacente: as/os enfermeiras/os e os/as conselheiras/os leigos estavam insatisfeitos com a remuneração e com as perspectivas da carreira profissional, conforme relatam Shahira Ahmed et al *(*2016).

Entre as publicações nacionais, podemos destacar alguns achados importantes para a compreensão do aconselhamento. No Brasil, percebe-se que este não segue um roteiro pré-definido, partindo, quase sempre, dos motivos que levaram o/a usuário/a a realizar a testagem para se fazer a divulgação do resultado. Os aconselhamentos com resultados negativos tendem a ser breves - duram entre cinco e dez minutos. Por outro lado, quando o resultado do teste é positivo, o aconselhamento tende a ser mais longo - aproximadamente uma hora - com o objetivo de apoiar a/o usuária/o em assimilar o resultado e incentivar sua adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), como discutem Claudia Mora et al (2017), Vânia Souza & Dina Czeresnia, (2007); Wedna Galindo et al (2013a).

Além disso, percebeu-se que os cursos de graduação dos/as profissionais influenciam suas práticas de aconselhamento. Aqueles formados em psicologia, por exemplo, enfocavam os aspectos intersubjetivos no aconselhamento, a importância de os/as usuários/as expressarem seus sentimentos quando recebem o resultado. Enquanto que, para os/as profissionais formados/as em enfermagem, a ênfase recaiu sobre o estabelecimento e facilitação da assimilação das indicações médicas (Mora et al, 2017).

Nos artigos levantados, há um dado em que se registra que o aconselhamento, no Brasil, é realizado, majoritariamente, por vontade do/a usuário/a, ou seja, a pessoa vai, por iniciativa própria, participar do aconselhamento e da testagem. Dessa forma, Sandra Lúcia Filgueiras e Suely Deslandes (1999) constataram que havia uma boa acolhida dos/as usuários/as, mas a escuta no aconselhamento pré-teste era, em geral, realizada de modo informativo e normativo, feito como uma simples troca de informações. O artigo também destacou que os/as profissionais fazem uso apropriado da linguagem dentro do contexto sociocultural da pessoa atendida. Por fim, as autoras, já em 1999, constataram a necessidade de maior capacitação dos/as profissionais sobre a prática de aconselhamento.

Também se registra o fato de a testagem não ser realizada de forma voluntária, mas, de modo compulsório, somente para as parturientes do Brasil, quando elas não levam, no momento do parto, os resultados da sorologia para o HIV, realizada no pré-natal, apontam os estudos de Patrícia Fonseca e Jorge Iriart (2012), Francisca Silva et al (2014), Suzana Passos et al (2013), Sérgio Marques et al, (2015), Ana Jaqueline Carneiro e Edmeia Coelho (2010). Os aconselhamentos pré e pós-testes podem ser classificados como inexistentes nesses locais investigados e os casos reagentes são revelados no leito da maternidade/hospital ou no balcão de atendimento das puérperas. Sem o devido aconselhamento, muitas mulheres soropositivas acabam amamentando os bebês, visto que não tiveram a possibilidade de ser escutadas e refletirem sobre o resultado do teste, como também sobre as orientações de saúde para sua

nova condição e os impactos nos/as recém-nascidos/as (Fonseca & Iriart, 2012, Silva et al, 2014, Passos et al, 2013, Marques et al, 2015, Carneiro & Coelho, 2010).

Outros estudos investigaram a percepção dos/as usuários/as (público em geral e adolescentes) e dos/as profissionais de Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre o aconselhamento, como relatam Stella Taquette et al (2017), Vânia Souza et al(2008) e Thiago Barbosa et al, (2015). Os resultados indicam que as/os adolescentes não se recordam do aconselhamento pré-teste recebido, o que levanta a hipótese de este não ter sido algo marcante no processo. O público, em geral, revelou uma boa surpresa ao participar do aconselhamento pré-teste, pois se esperavam filas e burocracias, mas se sentiram surpreendidos por um atendimento considerado ágil e competente. O pós-teste foi avaliado de duas formas: como a possibilidade de se falar de temas ainda não abordados, mas também como uma repetição do que já tinha sido falado no pré-teste e, assim, percebido como a mera execução de um roteiro profissional, com ênfase no uso do preservativo, de modo prescritivo e não reflexivo (Taquette et al, 2017; Souza et al, 2008).

Em relação à percepção das/dos profissionais sobre o aconselhamento realizado nas UBS, apreende-se que os/as autores/as consideram esse nível de atenção à saúde como apropriado, devido à possibilidade de vínculo entre a/o profissional e a/o usuária/o, de modo mais longo, no decorrer do tempo, pois há espaço para a construção de uma relação, já que as/os usuárias/os frequentam mais rotineiramente esses serviços (Barbosa et al, 2015).

Contudo, o aconselhamento praticado pelas/os profissionais nas UBS estudadas era feito sem convidar os/as parceiros/as sexuais e, comumente, era prescritivo, com ênfase no uso do preservativo, sem conexão com a história de vida dos/as usuários/as, que tinham que responder a perguntas sobre temas que não faziam parte de suas vidas, perdendo-se, assim, a oportunidade de se refletir sobre um plano de redução das vulnerabilidades, construído, de modo conjunto, entre profissional e usuário/a (Barbosa et al, 2015, Souza et al, 2008).

No Brasil, Priscila Soares & Elaine Brandão (2012), em revisão de literatura e Galindo et al (2013a), em Pernambuco, chamam a atenção para as mudanças que estão acontecendo na aplicação do aconselhamento em diversos contextos (extra e intramuros), devendo-se estar atentos às discussões sobre as questões sociais (violência, desigualdade e pobreza), também sobre as relações de gênero, propondo um debate mais político e crítico sobre o papel do aconselhamento na atualidade.

Por sua vez, os artigos de Souza & Czeresnia (2007), Galindo et al. (2013a) investigaram os discursos presentes nos aconselhamentos realizados no Brasil. Discursos que refletem “uma ambiguidade de práticas democráticas e coercitivas, conjugando modos

informais e regulatórios" (Souza & Czeresnia, 2007, p. 445). Percebe-se, na atuação, modos de fazer que incluem a conversação, o respeito e a confiança e alguns que são normativos e prescritivos no atendimento ao outro, sobrepondo as concepções e normativas institucionais à realidade de quem está sendo atendido. Isso se reflete nos manuais que servem de referências para a formação dos/as aconselhadores/as, cuja análise sugere uma visão reducionista da complexidade do atendimento às pessoas que buscam os serviços, refletindo em "trabalho dos profissionais de saúde ao cumprimento de procedimentos mecânicos, burocráticos" (Galindo et al, 2013a, p. 748). Desse modo, as/os autoras/es propõem que o espaço do aconselhamento, no nível de prevenção, deva sempre estar conectado a quem a ação está dirigida, ao/a usuário/a.

Em relação à subjetividade dos/as usuários/as, os/as autores/as refletem que, nos textos oficiais, as pessoas são tratadas como "portador(as) de identidade definida por suas práticas sexuais". Desse modo, estão presentes "mecanismos de culpabilização e segregação" dos/as usuários/as (Galindo et al, 2013b, p.139), uma vez que os/as aconselhadores/as não reconhecem as peculiaridades de cada um e os colocam à margem da normalidade, necessitando, por isso, de uma abordagem diferenciada. Retira-se, assim, de certa forma, a cidadania das pessoas porque se considera que só precisam de informação e não de participação para lidar com o HIV/aids (Galindo et al, 2013b).

Como proposição para superação dos obstáculos presentes na prática do aconselhamento promovido no Brasil, deve-se rever a formação com uma organização que priorize o envolvimento reflexivo dos/as participantes e fortaleça"a autonomia do profissional e de principios democráticos" (Galindo et al, 2013a, 'p. 755). Há necessidade de que essa formação seja feita de modo permanente, inclusive para os que já trabalham na área, com inclusão de temas referentes ao HIV, políticas públicas desse campo, subjetividade dos/as aconselhadores/as e dos/as aconselhandos/as, tecnologias de cuidado e organização do trabalho nas Unidades de Saúde (Galindo et al, 2013a), frisando a necessidade de se "assumir compromisso ético-político e não reduzir a formulação do aconselhamento a um conjunto de orientações técnicas" (Galindo et al, 2013b, p.140). Assim, os/as pesquisadores/as propõem uma virada na concepção de aconselhamento, saindo da perspectiva mais individualizante para a social, em que a realidade social e complexidade da vida das pessoas sejam o mais ressaltado no aconselhamento e não o contrário (Galindo el al, 2013b).

A produção científica sobre o aconselhamento para a TR/HIV, no período estudado, pode ser considerada expressiva numérica e qualitativamente. Em relação aos estilos de atendimentos, pontual ou extenso, destacamos que ambos são pertinentes e que trazem

benefícios para o acesso à prevenção de infecções transmissíveis sexualmente. A diferença entre a produção por âmbito, estrangeiro ou nacional, sugere algumas reflexões.

No Brasil, há mais relatos de pesquisas sobre o aconselhamento pontual, sugerindo a hipótese de que realizamos mais esse estilo de atendimento. No entanto, há **estudos avaliativo-críticos** sobre estes fazeres, que incluem o pouco tempo para a realização de atendimento, falta de preparo dos/as profissionais, imposição de uso de preservativos, em detrimento de reflexões sobre a complexidade dessa normativa, que incluam, ao menos satisfatoriamente, as dimensões do cuidado indicadas nos manuais de orientação aos/às profissionais de saúde para a realização da testagem em HIV: educativo, emocional e de avaliação de risco (Brasil, 2005).

Cabe ressaltar que, pelo Sistema Único de Saúde, os/as brasileiros/as podem buscar conhecer sua sorologia por demanda espontânea, livremente, sem limite de frequência de idas aos serviços de saúde, gratuitamente, sem precisar de requisições médicas de encaminhamento. Além disso, a pessoa não pode sofrer nenhum tipo de constrangimento, como também não pode ser compulsória a realização de teste de HIV, no Brasil. Não conhecemos a estrutura e princípios que regem os Sistema de Saúde de todos os países que compõem o grupo de estudos revisados. Mas, no Quênia, país africano, a estratégia é oposta: são os/as profissionais que, por sua própria iniciativa, realizam o aconselhamento e a testagem nos/as usuários/as (Kiene et al, 2016).

Outro destaque sobre o aconselhamento em HIV, no Brasil, é que ainda não identificamos estudos específicos que tenham discutido, com a profundidade necessária, o desmonte paulatino de estratégias de detecção do HIV e controle da epidemia. Estudos que tenham discutido o abandono na ênfase do vínculo entre profissionais de saúde e usuários/as para a prevenção do HIV, que era incentivado como estratégia no seu início.

No Brasil, os aconselhamentos eram organizados em dois momentos, em *contexto de oferta intramuros* e, inclusive, em algumas *ofertas extramuros* (feiras de saúde), o pré-teste, realizado em grupo de usuários/as para orientações gerais de prevenção e tratamento; pós-teste, para orientação individual e baseada na avaliação singular de risco de cada usuário/a.

Por fim, na última década, a primeira etapa foi extinta nos serviços públicos de saúde e o momento pós-teste ficou cada vez mais restrito. Temos também, atualmente, a estratégia da prevenção combinada e o uso das biotecnologias – PREP (profilaxia pré-exposição) e PEP (profilaxia pós-exposição), que tem se confirmado um avanço no enfrentamento da epidemia de HIV. Além disso, mais recentemente, o autoteste para HIV foi disponibilizado em ONGs

e para a compra nas farmácias, como uma estratégia para aumentar o acesso das pessoas ao conhecimento de sua sorologia para o HIV.

Mesmo com avanços e retrocessos no âmbito do aconselhamento para testagem de HIV, há uma escassez de estudos que se debrucem sobre o tema racial nesses encontros de usuários/as e profissionais de saúde para a prevenção. Este estudo pretende contribuir para dar uma visibilidade a esse tema no campo do aconselhamento.

Para embasamento do estudo, na próxima seção será apresentada a perspectiva construcionista que fundamenta as análises e propostas presentes nos artigos.

**Fundamentação Teórica**

Escolhi, como fundamentação teórica, a perspectiva construcionista que tem como enfoque a linguagem cotidiana e o modo como conceitua Kenneth Gergen (2009, p. 301) as linguagens, como "processos pelo quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas) ".

O construcionismo constituiu-se como um movimento resultante de contestações em três grandes áreas do conhecimento (a Filosofia, a Sociologia do Conhecimento e a Política), como uma problematização de temas ligados ao representacionismo, à retórica da verdade e à pouca visibilidade de pessoas colocadas à margem da sociedade como apresentam Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013), questionando também as duas perspectivas sobre o conhecimento – exogênica e a endógena. Para a exogênica"o conhecimento copia ou deveria copiar os contornos do mundo" (Gergen, 2009, p.307) e para a endógena" o conhecimento depende de processos (algumas vezes considerados inatos) endêmicos ao organismo" (Gergen, 2009, p.307), propondo uma alternativa que saia do dualismo sujeito-objeto nas discussões científicas, para uma ênfase na construção conjunta pelas pessoas do conhecimento (Gergen, 2009).

Assim, Gergen (2009) denominou essa forma de investigação e construção do conhecimento como sócioracionalista, ou seja, os "achados científicos" estão eminentemente atrelados ao contexto social e histórico, sendo seus resultados permanentemente negociados pelas pessoas e grupos, por isso, não é possível, nessa perspectiva, imaginar um fato científico como fruto de uma ação pessoal isolada.

Resultante desse movimento, as investigações construcionistas se propõem a desfamiliarizar os objetos de estudo, visto que partem do pressuposto que tudo o que

vivenciamos são resultados de construções sóciohistóricas e não de verdades absolutas, e que também não estão situadas em nenhuma realidade externa em que não haja a inclusão de participação das pessoas, pois, ao mesmo tempo, em que vivemos, construímos e modificamos a realidade. Com base nessa afirmação, os/as pesquisadores/as da vertente construcionista não advogam verdades e estão atentos/as aos posicionamentos morais da investigação científica. Como afirmam Mary Jane Spink et al. (2014, p. 26), "trata-se de entender a historicidade (condições de possibilidades) de nossas práticas e das teorias que construímos sobre elas, situando-as como produtos humanos histórica e socialmente localizados".

Esse aspecto é muito importante para o campo da psicologia e também na atividade de aconselhamento, visto que as divulgações dos estudos podem ter impacto para o acirramento de exclusões e iniquidades. Por isso, a/o pesquisador/a deve ter que estar atento ás conclusões que estão sendo construídas nas suas pesquisas (Spink & Frezza, 2013, Gergen, 2009), trazendo para a produção de conhecimento, a dimensão política da investigação com a finalidade de descrever a mudança, promover a transformação e contribuir para uma vida de melhor qualidade, acrescenta a reflexão de Lupicínio Iñiguez- Rueda (2014).

Nesta fundamentação teórica há também um foco na linguagem em uso, porque esta "constitui a base das sociedades humanas" (Spink & Frezza, 2013, p. 15) e está inerente à ação de aconselhar, o diálogo. Esta visão provém dos estudos decorrentes do giro linguístico/discursivo que remonta às investigações filosóficas de Ludwing Wittgenstein, que inaugurou a conceituação dos jogos de linguagem, definindo-o como o "conjunto da linguagem e das atividades com as quais está interligada" (Wittgenstein, 1991, p. 51). Na mesma linha das investigações de Wittgenstein sobre a linguagem pragmática, ou seja, a que é usada no cotidiano, temos a Teoria dos Atos da Fala. Proposta pelo filósofo John Austin (1965), que afirmou que as sentenças não são feitas apenas para descrever o mundo, como anteriormente enfatizado por outros filósofos, mas também, para perguntar, expressar ordens, súplicas ou desejos (Austin, 1965).

Teremos, assim, sob essa lógica, os atos ilocucionários estudados por John Searle, (1984) que são as ações realizadas *ao* dizer algo em vez do ato *de* dizer algo. Os atos ilocucionários são fazeres que acontecem ao enunciar, perguntar, dar ordens, emitir informações, saudar e aconselhar. Já o ato de simplesmente descrever algo é denominado de ato locucionário. Dessa forma, as palavras não são simples descrições dos acontecimentos,

são modos locais de falar que as pessoas utilizam para coordenar relações entre si, no seu contexto (Gergen, 1996).

Nas práticas discursivas, a linguagem foi enfocada, então, como estando sempre em ação, constituída por enunciados que orientam o modo como as pessoas vão atuar através dos gêneros de fala, que são a organização dos turnos de fala. Dito de outra maneira, como e em que ordem cada participante vai falar em determinados contextos sociais (Spink & Medrado, 2013). No que diz respeito aos repertórios linguísticos, esses são "o conjunto de temas, descrições, lugares-comuns– que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos" (Spink & Medrado, 2013, p. 7). Os repertórios linguísticos são essenciais às investigações das práticas discursivas, pois pode-se, desse modo, ter acesso à constância, como também às mudanças nas produções sociais expressas na linguagem (Spink & Medrado, 2013).

Sobre os estudos acerca da raça, vale apontar que esse conceito, segundo Antônio Sérgio Guimarães (1998), foi criado no campo de estudos da Biologia e da Antropologia Física, considerando que a humanidade podia ser dividida em subespécies ou sub-raças (caucasiana, negra, indígena e mongol). Essas subdivisões caracterizavam as pessoas pertencentes a uma dessas raças, como possuidoras de determinados dotes físicos e intelectuais. Os estudos de âmbito genético e fisiológico demonstraram que esse conceito biológico é inverídico, visto que não existem diferenças genéticas que justifiquem subdivisões na raça humana, mesmo em pessoas de diferentes características físicas.

O conceito de raça atualmente ainda atrelado às características físicas das pessoas, persiste devido a uma construção da identidade social e ao campo das relações simbólicas (Guimarães, 1998). Desse modo, na América Latina, a raça apresenta-se como uma junção de fatores socioeconômicos e culturais, podendo ser caracterizada como a raça social, segundo Ricardo Santos & Marcos Maio (2008). Nessa direção, partimos do pressuposto de que, quando se une a categoria racial de pretos e pardos, como formadores da raça negra brasileira, isso se deve a questões sociais e não a questões biológicas, pois as realidades socioeconômicas desses dois grupos se assemelham.

Assim, também de acordo com Marcelo Paixão e Luiz Carvano (2008), esses grupos têm um nível de qualidade de vida igualado, com barreiras no acesso ao mercado de trabalho, à escolarização; como também aos serviços públicos, ao tipo de moradia e à maior exposição

à violência. Por isso, no Brasil, as discussões sobre racismo, geralmente, esbarram na explicação de que as diferenças raciais estão ancoradas nas diferenças socioeconômicas. As desigualdades sociais são um fator de explicação das desigualdades raciais, mas não elucidam totalmente os dados de disparidades presentes entre negros e brancos, de acordo com os estudos de Sony Santos et al, (2007) e Edna Araújo et al. (2009) e com os dados da pesquisa do extinto Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, sobre a mobilidade social dos negros/as brasileiros/as, realizado em 2004.

A discriminação racial tem efeito nessa disparidade socioeconômica e na diminuta mobilidade social da população negra no país. Essas barreiras acontecem na origem social, na escolarização e no ambiente de trabalho (Brasil, 2004). Também o estudo de Estela Cunha (2008) demonstra que, se forem estudadas duas pessoas - uma negra e outra branca, na mesma condição socioeconômica - ver-se-á que a pessoa branca terá mais condições de ascender socialmente do que a negra, pois o setor educacional e o mercado de trabalho provavelmente privilegiarão a pessoa branca, como também a remuneração da pessoa negra tenderá a ser mais baixa.

Na classificação raça\cor, utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nas pesquisas realizadas sobre a população brasileira, é utilizada uma gradação de cor: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Como afirma Jeferson Bacelar (1989), essa gradação de cor pode ser uma forma de disfarçar as desigualdades e dominação raciais, marcando para os/as pardos/as ou “morenos/as” a ascensão individual na escala social. Impondo, desse modo, ao/à negro/a brasileiro/a impedimentos/barreiras na sua afirmação étnica e na luta pela igualdade de direitos.

Vale sinalizar que essa junção da autoclassificação de pretos e pardos, como formadores da raça negra brasileira, é um construção histórica, pautada nos estudos sociológicos iniciados na década de setenta, que questionavam o Mito da Democracia Racial no Brasil, ou seja, que nós vivíamos em uma sociedade interracial pacificada, sem grandes demonstrações de discriminação racial. Em estudos estatísticos, esses pesquisadores decidiram unir a categoria pretos e pardos como não brancos, pois poucas pessoas, cerca de 7% da população brasileira, se autoclassificava como pretos, como bem historicizam Graziella Silva e Luciana Leão (2012). Esse questionamento levou a articulações dos representantes do Movimento Negro para que, embasados nesses estudos econômicos e sociológicos, os não-brancos presentes nas respostas do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia de Estatística

(IBGE) estivessem inclusos como pertencentes à raça negra brasileira. Seguiremos, na presente tese, esse posicionamento de união das pessoas autodeclaradas pretas e pardas, para análise, como segmento populacional negro.

Para Silvio Almeida (2018, p. 27), racismo estrutural "é um processo em que as condições de subalternidade e de privilégio se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos de política, da economia e das relações cotidianas". Nesse sentido, o racismo se consolida nas instituições e nas vivências cotidianas, como bem sintetiza Jurema Werneck (2016) em que o racismo como estruturante social, se apresenta nas instituições, nas relações interpessoais e também está internalizado, está na subjetividade de todos/as nós.

Então, por ser o aconselhamento uma atividade empregada no âmbito da saúde pública, estarão presentes na análise as reflexões sobre racismo institucional, que é definido como a estrutura, as políticas e a normas que resultam em um acesso desigual aos serviços, bens e oportunidades da sociedade, baseado na raça, como conceitua Câmara Jones (2000). O racismo institucionalizado se manifesta no âmbito das condições materiais e do acesso ao poder. Como exemplo das condições materiais, temos o acesso díspares à educação de qualidade, poluição sonora, empregos mais bem remunerados, acesso à saúde, e ao meio ambiente limpo. Com respeito ao acesso ao poder, os exemplos incluem acesso diferencial à informação (incluindo nossa própria história), recursos (incluindo dinheiro e infraestrutura organizacional) e voz (incluindo direitos eleitorais, representação governamental e controle da mídia) (Jones, 2000).

Em relação ao acesso à saúde, Stella Taquette e Zilah Meirelles (2013) ressaltam que o racismo institucional se revela na organização dos serviços de saúde, que exclui pessoas negras e as vulnerabiliza ainda mais na possibilidade infecção pelo HIV/aids. Essa organização excludente está presente em, pelo menos, três níveis: disparidade de cuidado dentro do sistema de saúde, disparidade no acesso aos cuidados em saúde e disparidades nas vulnerabilidades e oportunidades na vida, que geram diferentes níveis de adoecimento e saúde (Jones, 2000).

Não é suficiente providenciar o acesso universal ao sistema de saúde e ter uma distribuição desigual dos serviços, bens e oportunidades em relação à raça, em que se estrutura a maior carga de doenças em certos indivíduos ou comunidades (Jones, 2000). Reflexão que também sustentará a prática de investigação do aconselhamento em festas populares, que se

propõe uma estratégia de universalização da TR-HIV, mas será essa uma ação que homogeneíza o acesso no que diz respeito à raça/cor das pessoas que acessam esse serviço?

**Fundamentação metodológica**

Empregamos duas formas de abordagem metodológica nesta pesquisa. No primeiro artigo, empregamos a análise documental dos manuais de aconselhamento, disponibilizados pelo Ministério da Saúde, ao longo dos últimos vinte anos, sob a ótica construcionista e ênfase racial.

Utilizamos o referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentido para análise de documentos públicos, elaborado por Peter Spink et al (2013), que partem do pressuposto de que a produção da informação em documentos públicos é uma prática discursiva. Por prática discursiva se entende que as palavras ditas ou escritas são também formas de agir no mundo. Os/as autores/as destacam o contexto em que foi publicada determinada obra, visto que ela está imersa nas práticas discursivas que circulam naquele momento histórico. Outro aspecto em que estará alicerçada essa análise de documento se refere à atenção nas expressões ou mudanças de terminologias ao longo dos documentos para a sua análise (Spink et al, 2013).

Também examinamos os manuais através da análise qualitativa de conteúdo categorial temático (ACCCT), proposta por Félix Vázquez-Sixto (1996), que consiste em dividir o texto em unidades e, depois, agrupar e realizar a análise do material selecionado. Nesse tipo de análise são realizadas três etapas consecutivas e que podem ser retomadas a qualquer momento. A primeira etapa é a pré-análise, a segunda, a de codificação e a terceira, a de categorização (Vázquez-Sixto, 1996).

A etapa de pré-análise consiste na organização do material que se quer analisar e definição dos objetivos na pesquisa do material da análise. Para o autor, a etapa de codificação se refere à transformação das informações brutas em informações úteis, ou seja, a passagem do material original para o material resultante da análise, a partir dos objetivos estabelecidos para o estudo. A terceira etapa - categorização- consiste em organizar e obter uma informação condensada dos conteúdos em que se está trabalhando (Vázquez-Sixto, 1996). A análise, ao final, deve permitir que novas informações sejam incorporadas e oferecer uma nova visão dessas informações para que possam trazer novos caminhos de investigação ou enfoques (Vázquez-Sixto, 1996).

Dessa forma, o primeiro artigo teve como objetivo analisar os discursos institucionalizados sobre aconselhamento para a testagem e detecção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), em manuais elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Partimos de uma perspectiva da Psicologia Social construcionista e identificamos três documentos públicos, dos anos de 1996, 2000 e 2017, e os submetemos à análise qualitativa de conteúdo categorial temático (ACCCT). Os resultados dessa análise demonstram uma mudança significativa ao longo do tempo e de cada manual, passando de uma orientação de prevenção mais individualista, ampliando para a prevenção pautada na vulnerabilidade individual e social e, atualmente, sendo orientada, adaptada à vivência das populações-chave para se realizar o aconselhamento. Somente no terceiro manual, a população negra aparece como segmento de atenção no aconselhamento - depois de vinte e um anos da primeira publicação sobre o tema.

No segundo artigo, analisamos os repertórios linguisticos das práticas discursivas de aconselhamentos para Testagem Rápida para o HIV (TR/HIV) em grandes eventos. Teve como finalidade aprofundar as reflexões sobre o marcador racial em aconselhamentos para TR-HIV. Analisamos trinta e seis aconselhamentos, realizados em três dias de trabalho de profissionais, no Carnaval de 2019, em Salvador. Esses aconselhamentos foram audiogravados durante a entrega do resultado de sorologia para o HIV. As análises foram feitas, com base nos repertórios linguísticos (Spink & Medrado, 2013), para investigação das práticas discursivas. As práticas discursivas organizam as produções e interações sociais, analisando as constâncias e mudanças da construção social do marcador racial em nossa sociedade.

A terceira fase do estudo se constitui na proposição de um aconselhamento antirracista, fundamentalmente pautado nas relações raciais como orientador e guia do aconselhamento, visto que o racismo está na estrutura e nas instituições da nossa sociedade, mas se concretiza nas relações raciais cotidianas.

**Referências**

Ahmed, Shahira, et al (2016). How providers influence the implementation of provider-initiated HIV testing and counseling in Botswana: a qualitative study. **Implementation Science**. Vol.11, n. 18, pp. 01-13. Recuperado de DOI: 10.1186/s13012-015-0361-7.

Araújo, Edna Maria et al (2009). A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites.**Interface - Comunic., Saúde, Educ**, vol. 1, n. 31, pp. 383-394.

Austin, John (1965). **How to do Things with words.** New York: Oxford University Press

Bacelar, J. (1989). **Etnicidade. Ser negro em Salvador.** Salvador: Ianamá.

Barbosa, Thiago Luis, et al (2015). Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: percepção e prática profissional. **Acta Paul Enferm.** Vol. 28, n. 6, pp. 531-538. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500089.

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2004**). A mobilidade social dos negros brasileiros.**Brasília - DF: Editora do Ministério

Brasil, Ministério da Saúde (2005). **Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica.** Programa Nacional de DST/Aids. Brasília – DF: Editora do Ministério

Brasil, Ministério da Saúde do Brasil (2011). **Fique sabendo**. Departamento DST/Aids e Hepatites Virais. Brasília – DF: Editora do Ministério

Brunie, Angélie, et al (2016). Expanding HIV testing and counselling into communities: Feasibility, acceptability, and effects of an integrated family planning/HTC service delivery model by Village Health Teams inUganda. **Health Policy and Planning**, vol. 31, n. 8, pp. 1050–1057. Recuperado de doi: 10.1093/heapol/czw035.

Carneiro, Ana Jaqueline & Coelho, Edméia (2013). Integralidade no cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. **Rev. Bras. Enferm**., vol. 66 n. 6, p. 887-892. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n6/12.pdf

Coates, Thomas, et al (2014). Effect of community-based voluntary counselling and testing on HIV incidence and social and behavioural outcomes (NIMH Project Accept; HPTN 043): a cluster-randomised trial. **Lancet Glob Health**, vol. 2, pp. 67–77.

Coffin, Phillip et al (2014). Adapted Personalized Cognitive Counseling for Episodic Substance-Using Men Who Have Sex with Men: A Randomized Controlled Trial. **AIDS Behav**. Vol. 18, pp. 1390–1400. Recuperado de DOI: 10.1007/s10461-014-0712-4.

Cunha, Estela M. Garcia Pinto. (2008). O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva,** vol. 22, n. 01, pp. 79-91.

Fonseca, Patrícia & Iriart, Jorge Alberto (2012). Aconselhamento em DST/Aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. **Interface** vol. 16, n. 41, pp. 395-407. ISSN 1807-5762. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200009.

Filgueiras, Sandra Lúcia&Deslandes, Suely (1999). Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cad. Saúde Pública**, vol. 15(Sup. 2), pp. 121-131.

Frye, Victoria et al (2018). Preferences for HIV test characteristics among young, Black Men Who Have Sex With Men (MSM) and transgender women: Implications for consistent HIV testing. **PLOS ONE**. Vol.13, n. 2, pp. 01-18. Recuperado de https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192936.

Galindo, Wedna Cristina et al (2013a). Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 3, n.23, pp. 741-761.

Galindo, Wedna Cristina et al (2013b). Subjetividade no Aconselhamento em HIV/Aids. **Psicologia Política**, vol.13, n.26, pp. 129-145.

Galindo, Wedna Cristina et al (2015). Reflexões sobre o Trabalho de Aconselhamento em HIV/Aids. **Trends in Psychology/ Temas em Psicologia,** Vol. 23, n. 4, pp. 815-829. Recuperado de DOI: 10.9788/TP2015.4-02N

Gergen, Kenneth (2009). O movimento do construcionismo na psicologia social moderna. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis,** Florianópolis, vol. 6, n.1, pp.299-325.

Gergen, Kenneth (1996). **Realidades y relaciones: aproximaciones a la realidad social**. Barcelona: Paidós.

Gooden, Lauren, Metsch, Lisa, Pereyra, Margaret, Malotte, Kevin, Haynes, Louise, Douaihy, Antoine, Chally, Jack, Mandler, Raul & Feaster, Daniel (2016). Examining the Efficacy of HIV Risk-Reduction Counseling on the Sexual Risk Behaviors of a National Sample of Drug Abuse Treatment Clients: Analysis of Subgroups**. AIDS Behav**.vol 20, pp. 1893-1906. Recuperado de DOI: 10.1007/s10461-016-1300-6.

Guimarães, Antônio Sérgio (1998). **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34.

Hackney, Harold & Nye, Sherilyn (1977). **Aconselhamento: estratégias e objetivos**. 1ª edição. São Paulo: EPU.

Huan, Xiping et al (2013). HIV Risk-Reduction Counseling and Testing on Behavior Change of MSM. **PLOS ONE,** Vol.8, n. 7, pp.1-9.

Iniguez-Rueda, Lupicínio (2014). Prefácio. In: Mary Jane Spink, Jacqueline Isaac Machado Brigagão, Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro (orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Social (publicação virtual).

Jones, Camara (2000). Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale, **American Journal of Public Health,** vol. 90, n.1212-1215

Kalichman, Seth et al (2014). Setting the Bar High or Setting Up to Fail? Interpretations and Implications of The EXPLORE Study. **AIDS Behav**. Vol. 18, p.p 625–633.

Kaur, Gagandeep et al (2013). Donor notification and counseling – Experience and challenges**. Transfusion and Apheresis Science.**Vol.49, pp. 291–294.

Kayigamba, Felix et al (2014). Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Rwanda: Acceptability among Clinic Attendees and Workers, Reasons for Testing and Predictors of Testing. **PLOS ONE**, vol. 9, n. 4, pp. 1-9. Recuperado de doi:10.1371/journal.pone.0095459.

Kennedy, Caitlin et al (2013). Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **AIDS Behav**, vol 17, pp. 1571–1590. Recuperado de DOI 10.1007/s10461-012-0241-y.

Kiene, Susan et al (2016) The Effect of Motivational Interviewing-Based Counseling During Outpatient Provider Initiated HIV Testing on High-Risk Sexual Behavior in Rural Uganda. **AIDS Behav**. Vol. 20, n. 9, pp. 1928–1936. doi:10.1007/s10461-016-1377-y

Lau, Joseph et al (2015). Repeated HIV Voluntary Counseling and Testing Increased Risk Behaviors Among Men Who Have Sex with Men in China: A Prospective Cohort Study. **AIDS Behav**. Vol. 19, pp. 1966–1977. Recuperado de DOI 10.1007/s10461-015-1034-x.

Ledikwe, Jenny et al (2013). Evaluation of a Well-Established Task-Shifting Initiative: The Lay Counselor Cadre in Botswana. **PLOS ONE**. Vol. 8, n.4, pp.1-10.

Marques, Sérgio et al (2015). A oferta do teste anti-HIV às usuárias das unidades da rede básica de saúde: diferentes abordagens dos profissionais. **J. res.: fundam. care. Online**. Vol 7, n. 1, pp. 1891-1904. Recuperado de DOI: 10.9789/2175-5361. 2015.v7i1.1891-1904.

Mora, Cláudia et al (2017). Institutional context and VCT practitioner narratives: possibilities and limitations for HIV prevention in Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Int Health Hum Rights**. Vol.17;, n., p. 1-12. Recuperado de doi: 10.1186/s12914-017-0139-x.

Navaza, Barbara et al (2016). Provider-Initiated HIV Testing for Migrants in Spain: A Qualitative Study with Health Care Workers and Foreign-Born Sexual Minorities. **PLOS ONE**, vol. 11, n. 2, p. 1-8. Recuperado de doi:10.1371/journal.pone.0150223.

Obermeyer, Carla et al (2013). HIV testing and care in Burkina Faso, Kenya, Malawi and Uganda: ethics on the ground. **BMC International Health and Human Rights**, vol. 13, n. 06, pp. 2-14. Recuperado de http://www.biomedcentral.com/1472-698X/13/6.

Oluoch, Patrícia et al (2017). Application of psychosocial models to Home-Based Testing and Counseling (HBTC) for increased uptake and household coverage in a large informal urban settlement in Kenya.**Pan African Medical Journal,** vol.27, n. 285.Recuperado de doi:10.11604/pamj.2017.27.285.10104.

Paixão, Marcelo & Carvano, Luiz. M. (2008). A variável cor ou raça no interior dos sistemas censitários brasileiros. In: Osmundo Pinho, Lívio Sansone (orgs.), **Raça: novas perspectivas antropológicas**. (2ª ed.) (pp. 83-121). Salvador, BA: EDUFBA.

Passos, Suzana et al (2013). Aconselhamento sobre teste rápido anti-HIV em parturientes. **RevBrasEpidemiol,** vol.16, n. 2, p. 278-287,Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000200278&script=sci_abstract&tlng=pt

Purcell David et al (2014). Incorporating Couples-Based Approaches into HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: Opportunities and Challenges.**Arch Sex Behav,** vol 43, p. 35–46. Recuperado de DOI 10.1007/s10508-013-0205-y.

Robbins, Reuben et al (2015). Enhancing Lay Counselor Capacity to Improve Patient Outcomes with Multimedia Technology. **AIDS Behav** . Vol.19, p. 163-176. Recuperado de DOI 10.1007/s10461-014-0988-4.

Scheffer, Ruth (1986). **Teorias de Aconselhamento.** 1ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.

Schmidt, Maria Luisa (2015). Aconselhamento Psicológico como área de fronteira**. Revista Psicologia USP**, vol. 26, n.03, pp. 407-413.

Searle, John (1984) **Os actos de fala: um ensaio de filosofia da linguagem**. Coimbra: Almedina.

Silva, Graziella Moraes & Leão, Luciana T de Souza (2012). O paradoxo da mistura identidades, desigualdades e percepção de discriminação entre brasileiros pardos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais,** vol. 27, n.80, pp. 117-125.

Silva, Neide et al (2013). Testagem anti-HIV: indagações da oferta sob perspectivas do acesso e da construção da demanda. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 37, n.99, p. 636-645

Silva, Francisca et al (2014). Atendimento prestado a parturientes em um hospital universitário. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online.** Vol. 6, n. 1, p. 282-292. Recuperado de DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n1p282.

Santos, Ricardo Ventura & Maio, Marcos Chor (2008). Qual "retrato do Brasil? Raça, biologia, identidade e política na era genômica. In: Osmundo Pinho, Lívio Sansone (orgs), **Raça: novas perspectivas antropológicas** (2ª ed) (pp. 83-121). Salvador: EDUFBA.

Santos, Sônia Maria Guimarães et al (2007). Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003, **Saúde Soc**, vol. 16, n. 2, pp. 87-102.

Soares, Priscila & Brandão, Elaine (2012). O aconselhamento e a testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional 1999-2011. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.21, n.04, pp. 940-953. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a13.pdf

Souza, Vânia & Czeresnia, Dina (2007). Considerações sobre os discursos do aconselhamento e os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV nos centros de testagem anti-HIV. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.23, pp.531-48.

Souza, Vania et al(2008) Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol 24, n. 7, pp. 1536-1544.

Spink, Mary Jane & Frezza, Rose Mary (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: Mary Jane Spink (org). Benedito Medrado, Carlos André F Passarelli, Helena Lima, Lia Yara Lima Mirim, Mary Jane P Spink, Odette de Godoy Pinheiro, Peter Spink, Rose Mary Frezza & Vera Mincoff Menegon. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano.** Rio de Janeiro: Editora Cortez.

Spink, Mary Jane et al (2014). Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas. In: Mary Jane Spink, Jacqueline Isaac Machado Brigagão, Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro (orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Social (publicação virtual).

Spink, Peter et al (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. In: Mary Jane Spink, Jacqueline Isaac Machado Brigagão, Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro (orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramenta.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Social (publicação virtual).

Taquette, Stella et al (2017). Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciência & Saúde**

**Coletiva**, vol. 22, n. 1, pp. 23-30 Recuperado de DOI: 10.1590/1413-81232017221.23532015.

Vázquez Sixto, Félix. (1996). El análisis de contenido temático. **Objetivos y medios en la investigación psicosocial**. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). UniversitatAutònoma de Barcelona.

Wang, Xiao et al (2013). Unsafe Sex and STI Prevalence Among HIV-Infected Adultsin Guangzhou, China: Opportunities to Deamplify Sexual HIV Transmission. **AIDS Behav,**vol 17, p. 1137–1143. Recuperado de DOI 10.1007/s10461-012-0322-y.

Wittgenstein, Ludwing (1991) **Investigações filosóficas**. Coleção os pensadores. 5ª Edição. Editora Nova Cultura.

## Artigo 01: Análise documental de manuais oficiais sobre aconselhamento em HIV/aids e racismo institucionalizado: da invisibilidade a citação epidemiológica do marcador racial da população-chave

.

Resumo: O presente artigo tem como objetivo analisar os discursos institucionalizados sobre aconselhamento para a testagem e detecção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), em Manuais elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil. Partimos de uma perspectiva da Psicologia Social construcionista e identificamos três documentos públicos, dos anos de 1996, 2000 e 2017, e os submetemos à análise qualitativa de conteúdo categorial temático (ACCCT). Os resultados dessa análise demonstram uma mudança significativa ao longo do tempo e de cada manual, passando de uma orientação de prevenção mais individualista, ampliando para a prevenção pautada na vulnerabilidade individual e social e, atualmente, sendo orientada, adaptada à vivência das populações-chave para se realizar o aconselhamento. Somente no terceiro manual, a população negra aparece como segmento de atenção no aconselhamento - depois de vinte e um anos da primeira publicação sobre o tema.

Palavras-chave: aconselhamento, análise de documento, relações raciais

Abstract: This article aimed to analyze institutionalized discourses on counseling for testing and detection of infection by the Acquired Immunodeficiency Virus (HIV), in Manuals prepared by the Brazilian Ministry of Health. We started from a perspective of constructionist social psychology and identified three public documents, from the years 1996, 2000 and 2017, and submitted them to qualitative analysis of thematic categorical content (ACCCT). The results of this analysis demonstrate a significant change over time and from each manual, moving from a more individualistic prevention orientation, expanding to prevention based on individual and social vulnerability and, currently, being oriented, adapted to the experience of key populations. to carry out the counseling. Only in the third manual, the black population appears as a segment of attention in counseling - twenty-one years after the first publication on the subject.

Keyword: counseling, document analysis, racial cutout

**Introdução**

No Brasil, os manuais são produzidos com objetivo de orientação da prática do aconselhamento para os/as profissionais que irão atender as pessoas que realizam a testagem para detecção do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e servem como instrumento de formação desses/as profissionais. Desse modo, no atendimento, as orientações prescritas em nível federal se refletem e se imbricam no aconselhamento as pessoas que irão realizar a Testagem Rápida para o HIV (TR-HIV) em nível local. Este artigo irá destacar as possíveis mudanças e permanências ocorridas na prática de aconselhamento na testagem para detecção do HIV, através da análise dos manuais de aconselhamento disponíveis como documento público, ressaltando marcadores sociais, especialmente o racial. Acreditamos que a investigação sobre os documentos oficiais, com destaque para os aspectos raciais, pode trazer à baila como os mecanismos da branquitude e do racismo institucional se apresentam nos textos oficiais.

O panorama da infecção pelo HIV, em 1996, quando da publicação do Manual I, registrava-se um aumento da transmissão heterossexual entre as mulheres e em pessoas com baixa escolaridade. Havia, ainda, uma difusão significativa, via usuários/as de drogas injetáveis, bem como a transmissão vertical e era a quarta causa de óbito entre as pessoas de 20 a 49 anos no Brasil (Brasil, 1996, Dourado et al, 1997). Em relação à categoria analítica racial, não há, nas análises da época, essa informação. Os dados epidemiológicos eram categorizados por sexo (masculino ou feminino), faixa etária e categoria de exposição (homossexual, heterossexual, endovenosa e vertical). Inês Dourado et al (1997) concluíram que a Aids seria um campo onde também se reproduziriam as desigualdades da sociedade brasileira, mas a disparidade racial, apesar de presente no Brasil, não é aventada como dado de análise nessa época.

À época da edição do Manual II, em 2005, o Programa Brasileiro ainda era destaque internacional pelo modelo de resposta ao HIV/aids, com a participação intensa da Sociedade Civil Organizada, mas algumas descontinuidades já se faziam nas ações preventivas para indígenas, caminhoneiros/as, assentados/as, idosos/as e trabalhadores/as do setor privado, dentro do seu ambiente laboral. Constatava-se uma alocação significativa de recursos para atividades preventivas destinadas a jovens, no ambiente escolar e, uma diminuição significativa das infecções entre os usuários/as de drogas injetáveis (UDI) pelo aumento do uso de *crack*, que não demanda compartilhamento de seringas, conforme relatam Vera

Paiva et al (2006 ), Agnes Caroline et al (2007). Dourado et al (2006) apontam, nessa época, o incremento de infecções pelo HIV entre pessoas com baixa escolaridade e em situação de pobreza. Ressaltavam que a epidemia estava retratando a desigualdade social e acrescentam que também estava refletindo as relações de gênero no Brasil (Dourado et al 2006, Pinto et al 2007). Mesmo sem explicitar diretamente, o aumento entres as pessoas em situação de pobreza já informa a raça/cor desse aumento, em 2005. Os/ as autores/as propõem ações de prevenção que contemplem o campo social, relacionadas às formas de exposição (homossexuais/bissexuais, usuários/as de drogas, transmissão vertical, recepção de hemoderivados) (Dourado et al 2006, Pinto et al 2007, Granjeiro et al, 2010) e analisam como desafio à política de prevenção ao HIV, nessa época, a ampliação do "monitoramento das ações preventivas, desagregando por raça/etnia, conferindo maior visibilidade às desigualdades raciais" (Paiva et al,2006, p.116). Há o início de publicização das vulnerabilidades para a infecção pelo HIV entre negros/as, com a dia Mundial de Luta contra a Aids, trazendo essa temática no ano de 2005 (Paiva et al,2006).

Na época de lançamento do Manual III (2017), Granjeiro (2016) ressalta que houve uma mudança geracional entre os nascidos nos anos 1990, que já vieram ao mundo com os resultados eficazes dos antirretrovirais em nosso cotidiano. Há, mais recentemente, um contexto de parcerias sexuais mais fluidas, com menor frequência de uso de meios de prevenção para o HIV, notadamente o uso de preservativo externo, aumentando, assim, significativamente, a incidência do HIV entre os jovens, em especial, os homoafetivos. Diferentemente dos outros dois momentos (1996 e 2005), os boletins epidemiológicos de HIV de 2017 e 2018 apresentam os dados de notificação por HIV, agregados por raça/cor, apresentando um percentual de registro de HIV, entre 2007 e 2018, de 46,1%- entre brancos e 52,9% -entre negros (Brasil, 2017, 2018). Em 2021, houve decréscimo de registros de HIV entre brancos/as, de um percentual de 46,1% para 39,4% e diminuição também entre negros/as, porém menos expressiva do que entre brancos/as, saindo de um percentual de 52,9% para 51,7% (Brasil, 2021).

**Método**

Submetemos os manuais à análise qualitativa de conteúdo categorial temático (ACCCT), proposta por Félix Vázquez-Sixto (1996), que consiste em decompor o texto em unidades. As unidades são caracterizadas como cada oração em uma sentença. Posteriormente, agrupa-se e se procede à análise do material selecionado. Seguindo estas

instruções, os documentos foram assim identificados: depois de acessar o *site do* Ministério da Saúde - www.aids.gov.br, nos direcionamos à aba de documentos disponibilizados no *site* do Ministério da Saúde do Brasil e, no espaço de busca, digitamos a palavra **aconselhamento**. Apareceram 77 (setenta e sete) itens: trinta e sete endereços de locais onde se faz aconselhamento para TR-HIV; 30 (trinta) resumos dos resultados dos editais de pesquisa; duas apresentações, em *powerpoint*, sobre aconselhamento; uma resposta da seção sobre perguntas frequentes; uma galeria de fotos; um áudio sobre aconselhamento. Restaram cinco documentos oficiais de tipo manual: um sobre organização física e do trabalho dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e outro sobre o aconselhamento inserido no contexto da Rede Cegonha[2]. Excluídos esses dois manuais, analisamos os três manuais de domínio público, que estão, a seguir, apresentados por ordem cronológica:

1. Brasil, Ministério da Saúde (1996). **Aconselhamento em DST e HIV/Aids: diretrizes e procedimentos básicos.** Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília – DF: Autor.

2. Brasil, Ministério da Saúde (2005). **Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica.** Programa Nacional de DST/Aids. Brasília – DF: Autor.

3. Brasil, Ministério da Saúde (2017). **Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.** Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília – DF: Autor.

Organizamos os resultados em níveis de análise. No primeiro nível, destacamos as características imediatas dos manuais: estrutura, quantidade de páginas, contexto institucional de publicação, conteúdo do título, identificação de autoria, apresentação de referências bibliográficas, entre outros aspectos. Tais características foram compreendidas em relação ao contexto histórico-político que envolve a epidemia de HIV/aids, em cada momento de publicação dos documentos. Para tanto, recorremos à literatura especializada no campo estudado.

---

[2] A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

No segundo nível, para fragmentação do texto em unidade de registro, optamos por selecionar as frases que continham a palavra aconselhamento ao longo do texto. A unidade de contexto será a frase que contém a palavra aconselhamento no texto dos manuais (Vázquez-Sixto, 2006). Para ilustrar as unidades de contexto, cada quadro, no segundo nível de análise, terá uma sentença emblemática escolhida pelas autoras.

No primeiro documento, foram selecionadas, como unidades de registro,28 (vinte e oito) sentenças que continham a palavra aconselhamento. Seguindo a proposição de Vázquez-Sixto (2006), analisamos as sentenças pela frequência dos termos, pelo valor dado ao tema aconselhamento dentro da frase. Desse modo, o documento foi categorizado em cinco tópicos: o aconselhamento, como uma ação preventiva, como uma atividade em que as subjetividades do aconselhador/a e do aconselhando/a estão em relação, o conceito de aconselhamento, o perfil privilegiado para ser aconselhando/a e o perfil esperado do aconselhador/a.

**Resultados e Discussão**

Inicialmente, no primeiro nível de análise, temos como resultado (Quadro 01), que o Manual I foi publicado pela Coordenação Nacional de DST/Aids em 1996. O Manual II foi publicado em 2005, nove anos depois. Essa publicação denota um crescimento em importância e relevância da área de HIV/aids, dentro da estrutura do Governo. De acordo com os estudos de Ana Lúcia Monteiro e Wilza Villela (2009), a coordenação era um esforço dos estados e municípios de se organizarem para o enfrentamento da aids, seguindo o modelo adotado por São Paulo. Quando se estrutura como Programa Nacional, acontece a federalização e o estabelecimento de diretrizes, orientações e articulações de ações, em nível nacional. Vale ressaltar que ambos os manuais têm em seus títulos explicitamente o termo aconselhamento. O terceiro Manual, de 2017, foi publicado não mais pelo Programa, e sim pelo Departamento, que inclui, institucionalmente, além de HIV/aids, as Hepatites Virais, e subtrai o termo aconselhamento do título, já sugerindo a diminuição do espaço e importância dessa estratégia ao longo dos anos. Essa diminuição de importância do tema HIV se concretizou em 2019, quando o setor foi renomeado para Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis e abarca em seu bojo não só as ISTs como também agravos como tuberculose, hanseníase e micoses endêmicas.

**Quadro 01 - Caracterização dos três manuais analisados, contexto institucional de publicação e títulos.**

| Documento | Contexto institucional de publicação | Título |
|---|---|---|
| Manual I (1996)<br><br>18 páginas | Coordenação Nacional de DST e Aids. | Aconselhamento em DST e HIV/Aids: diretrizes e procedimentos básicos. |
| Manual II (2005)<br>27 páginas | Programa Nacional de DST/Aids | Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica. |
| Manual III (2017)<br>86 páginas | Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais | Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas Redes de Atenção à Saúde |

Fonte: elaboração própria (2021)

O Manual I tem dezoito (18) páginas e foi elaborado por três autores/as, com colaboração de onze especialistas. Desses três autores, uma é mulher e esta, à época, era integrante da Coordenação Nacional de DST e Aids. Os outros dois autores são homens - um faz parte do Programa Estadual do Rio de Janeiro e o outro da estrutura governamental do Rio Grande do Sul. Ambos eram integrantes de uma organização da Sociedade Civil também dos referidos estados.

O referido documento é composto por uma apresentação, introdução, um breve histórico, o conceito de aconselhamento, os objetivos, a quem se destina, quem faz o aconselhamento, onde é realizado, a duração, o processo, as situações específicas, considerações especiais durante o aconselhamento, o treinamento para ser aconselhador/a, a monitoria e a avaliação dessa atividade e, por último, um glossário. Uma observação relevante é que o documento não apresenta as referências bibliográficas que embasam o texto.

Na época dessa primeira publicação, a Coordenação tinha uma estreita parceria com as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e as agências de cooperação internacional. Entendia-se, então, que as OSC tinham maior capacidade em atingir grupos mais vulneráveis, por terem uma estrutura menos burocrática, apresentar maior criatividade metodológica e ter os custos operacionais mais baixos. Nesse cenário, o Programa Nacional Brasileiro era visto como um dos mais exitosos no mundo, como destacam Ana Lúcia Monteiro e Wilza Vilella (2009). Registra-se, em 1996, o início do uso da Internet para disseminar informações, com o

lançamento da *homepage* do Programa Nacional de DST/aids e a implantação dos primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento em todo o país (Brasil, 1999).

O Manual II faz parte do *Programa Fique Sabendo*, que é uma mobilização de incentivo à testagem para HIV e para diminuição do estigma em relação ao HIV/aids. Foi publicado em 2005, sendo usado até os dias atuais, como um documento oficial para orientar a realização de aconselhamento em DST/HIV/aids na Atenção Básica (Brasil,2005).

É relevante a observação de que o texto não sinaliza os/as autores/as. Somente a apresentação está assinada pelo então diretor do Programa Nacional de DST e Aids, Alexandre Granjeiro. Esse documento é composto por vinte e sete (27) páginas, dividido nos seguintes tópicos: apresentação, conceituação sobre o aconselhamento, a importância do aconselhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a operacionalização do aconselhamento das UBS, descrição das vulnerabilidades para a infecção pelo HIV, os componentes do processo de aconselhamento, os conteúdos do processo de aconselhamento, como implantar o aconselhamento nas UBS, sugestão de temas para treinamento das equipes de saúde e como monitorar e avaliar a implantação do aconselhamento nas UBS (Brasil, 2005).

Houve também, nessa época, a expansão do aconselhamento e testagem para as UBS e a implantação de novos Centros de Testagem e Aconselhamento - CTA, gerando um crescimento significativo de pessoas testadas - de 20%, em 1998, para 32,9%, em 2005, na população brasileira (Brasil, 2005).

Sobre o aconselhamento, em 2005, já se apontava que esse era um espaço pouco valorizado como *lócus* de atuação na prevenção. A explicação para isso reside no fato de que já estavam sendo detectadas nessa atividade, por vezes, a expressão de uma ação autoritária e normativa, um atendimento despersonalizado e descontextualizado aos/às usuários/as. Também foi constatado que se tratava de um espaço banalizado ou que não apresentava uma fundamentação teórica consistente para os/as que atuavam como aconselhadores/as (Paiva, Pupo e Barboza, 2006).

Além disso, o panorama do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, em 2005, segundo relembra Fernando Seffner e Richard Parker (2016), estava muito ligado às discussões de Direitos Humanos. Havia um grupo de trabalho interdisciplinar e a contribuição atuante de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no cotidiano do trabalho, principalmente para

desenvolvimento das campanhas que apresentavam os marcadores sociais, como sexualidade, raça e gênero nas publicações nacionais.

O “Manual” III, publicado em 2017, chama logo à atenção por não ser exatamente um manual, mas um texto de diretriz para organização dos CTA, com enfoque na prevenção combinada[3]. Nesse documento a palavra aconselhamento sai do título e vai para dentro do corpo do texto, o que, antes, eram ações de aconselhar se tornam ações de orientar. O tópico explícito sobre aconselhamento está em duas páginas (01 folha) como subtema (Brasil, 2017).

Esse documento é mais extenso que os outros- tem oitenta e seis páginas- e traz as referências bibliográficas de sua construção. Não é mais organizado por um Programa ou Coordenação específica para HIV/aids, e sim, por um Departamento que engloba as Infecções Sexualmente Transmissíveis, o HIV/aids e as Hepatites Virais. O texto está dividido em histórico dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), desafios e perspectivas no campo da prevenção, o lugar do CTA nas Redes de Atenção à Saúde, o conceito de prevenção combinada, os segmentos populacionais mais afetados pela epidemia de HIV/aids e Hepatites Virais, as atividades previstas para o CTA, nos seus diferentes arranjos.

Um ano antes dessa publicação do Governo sobre as diretrizes para o CTA (Brasil, 2017), o material organizado e divulgado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA, 2016), intitulado *Mitos e realidades sobre a resposta brasileira ao HIV/aids*, chamava a atenção para alguns retrocessos que estavam ocorrendo nesse campo, devido à desarticulação desta resposta em parceria com os movimentos sociais. Segundo a ABIA:

> O Brasil deixou de lado a expertise para o amplo diálogo intersetorial, a articulação da saúde com os Direitos Humanos e a capacidade de atenção aos princípios da universalidade, da justiça e da participação social (ABIA, 2016. p. 02).

Nessa mesma publicação, SôniaCorrêa (2016) traz ainda um novo fator dessa época da publicação do terceiro documento em análise: o destaque para estratégias biomédicas como diretriz principal da política nacional.

Também se ressalta a implantação da estratégia principal de *testar e tratar* como forma de prevenção, sem acesso, na mesma proporção, ao tratamento dos que descobrem a sua sorologia positiva. Houve, concomitantemente, a diminuição de matérias de campanhas sobre

---

[3] A Prevenção Combinada são diferentes métodos de prevenção ao HIV, às IST e às hepatites virais (ao mesmo tempo ou em sequência), conforme as características e o momento de vida de cada pessoa. Entre os métodos que podem ser combinados estão o uso dos antirretrovirais, preservativos e métodos comportamentais.

o tema da distribuição de preservativo em locais como escolas e ambientes laborais, assim como a diminuição de atividades de prevenção entre os públicos mais vulneráveis, como nos adverte Granjeiro (2016).

Esses fatos podem ter influenciado na reemergência da epidemia, a qual, já em 2006, demonstrava, que essa forma quase exclusiva de enfoque para a política de enfrentamento para o HIV – testar e tratar – se mostrava insuficiente para manutenção dos números de HIV nos patamares que se encontraram durante os últimos anteriores a 2016. O que se explica pelo fato de as situações de estigma e discriminação, a desestruturação dos serviços de saúde e a desigualdade social não serem abarcadas pelo lema testar e tratar, além de individualizar o tratamento, desengajando o agir coletivamente dos/as cidadãos/ãs soropositivos/as para HIV, conforme alertaram Fernando Seffner e Richard Parker ( 2016). Por sua vez, Seffner e Parker (2016) adicionam a perspectiva da medicalização da epidemia, que desconsidera as diversidades socioeconômicas do Brasil. Assim, os aspectos biomédicos da doença estavam ressaltados, à época, colocando de lado discussões históricas no campo do HIV, ligados aos Direitos Humanos e ao combate ao estigma e às violências institucionais e sociais.

Seffner e Parker (2016) em sua análise já aventavam a relação necrobiopoder, conceituada por Berenice Bento (2018, p.07), como “um conjunto de técnicas de promoção da vida e da morte, a partir de atributos que qualificam e distribuem os corpos em uma hierarquia que retira deles a possibilidade de reconhecimento como humanos e que, portanto, devem ser eliminados e outros que devem viver”. Os autores concluíram que o modelo único de tratamento – testar e tratar - no Brasil, sugere “propiciar que se possa viver pela oferta massiva de teste e tratamento e, ao mesmo tempo, deixar morrer por conta do recrudescimento dos processos de estigma, discriminação, violência social de toda ordem” (Seffner e Parker, 2016, p.18). Atualmente, a onda conservadora na política brasileira tem criado ainda mais retrocesso, como atestam Rafael Agostin *et al.* (2019), com o veto a publicações voltadas para as pessoas transgênero e aos/às adolescentes, desarticulando, ainda mais, as ações de prevenção ligadas aos Direitos Humanos, o que contribui para aumentar os estigmas e violências para com as pessoas soropositivas para HIV.

No segundo nível de análise dos Manuais I, II, III destacamos as categorias temáticas, a descrição, quantidade e algumas sentenças emblemáticas para cada uma das categorias analisadas (Quadro 02, 03 e 04):

**Quadro 02: Categorias temáticas, descrição, quantidade e sentença emblemáticas do Manual I (1996)**

| Categoria | Descrição | Quantidade | Sentenças emblemáticas |
|---|---|---|---|
| *Conceito de aconselhamento* | Descreve como o documento em análise define o aconselhamento | 04 | *"Entendemos o ACONSELHAMENTO como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente" (p. 08)* |
| *Aconselhamento como ação preventiva* | Descreve como o aconselhamento atua como uma forma de prevenção para o HIV/aids | 05 | *"Para melhor aproveitamento deste momento privilegiado dos serviços de saúde, propomos que a ação preventiva possa ser efetivada por meio da prática do aconselhamento - o que, de fato, muitas vezes já ocorre" (p.04).* |
| *Aconselhamento como encontro de subjetividades* | Descreve como o aconselhamento é composto por um encontro de subjetividades | 06 | *"O aconselhamento, por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimento, permite a superação da situação de conflito" (p.05).* |
| *Perfil dos aconselhandos/as* | Descreve quais pessoas são o alvo da prática de aconselhamento | 07 | *"O aconselhamento em DST e HIV/aids destina-se: às pessoas com HIV/aids seu(s) parceiro(s) sexual(is) e de uso drogas injetáveis; às pessoas que desejam fazer o teste anti-HIV (infectadas ou não); às pessoas que buscam ajuda devido a prováveis situações de risco; às pessoas com DST e seu(s) parceiro(s) sexual(is)" (p.09).* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Perfil dos aconselhadores/as* | Descreve quais atributos devem ter os/as profissionais de saúde | 06 | *"É importante que a pessoa que realizar o aconselhamento tenha conhecimentos atualizados sobre DST e HIV/AIDS e, especial, disponibilidade para: reconhecer suas próprias limitações e potencialidades; valorizar o que o cliente sabe, pensa e sente; perceber as necessidades do cliente e dar respostas a estas; respeitar a singularidades do cliente. " (p.10).* |
| *Total* | | 28 | |

Fonte: elaboração própria (2021)

Na primeira categoria, foram identificadas 4 (quatro) sentenças de conceituação do aconselhamento, que é descrito como um processo de escuta ativa e realizado de modo individualizado e centrado no "cliente". O aconselhamento é operacionalizado em dois momentos: pré-teste e pós-teste. O momento pré-teste é definido como o espaço de auxílio ao/àusuário/a a decidir se irá realizar a testagem anti-HIV e o pós-teste, como o momento de entrega do resultado e reforço para que a pessoa faça uma autoavaliação dos riscos e adote práticas preventivas em sua vida sexual. Chama a atenção que, nesse documento e também na conceituação do que é o aconselhamento, o/a usuário/a do serviço público seja chamado de cliente. Essa terminologia é resultante do embasamento teórico do Aconselhamento derivado da Abordagem Centrada no Cliente, de Carl Rogers, uma das vertentes psicológicas clássicas para esta prática, porém não há referência na bibliografia do manual. Esse/a "cliente" é universal, é um/a consumidor/a. Não há nenhuma descrição de quem possa ser esse/a "cliente" do aconselhamento em HIV/aids. Ele/a não tem raça ou etnia, gênero ou classe social.

Segundo Lígia Pupo & José Ricardo Ayres (2013) e Pupo (2007), que historicizam a presença da teoria da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) para o campo do aconselhamento em HIV/aids relataram, a teoria foi importada juntamente com a adaptação dos manuais internacionais de aconselhamento em HIV/aids para a nossa realidade.

A segunda categoria, com 5 (cinco) sentenças, expressa a noção de aconselhamento como uma atividade de prevenção. As sentenças identificadas demonstram um valor positivo, enfatizando um espaço privilegiado para que os comportamentos de prevenção ao HIV

possam ser adotados na vida dos aconselhandos/as, gerando, por consequência, segundo almejava os/as autores/as do documento, uma quebra da cadeia de transmissão do vírus, bem como o despertar de autoavaliação sobre as situações de risco dos/as participantes do aconselhamento. Além disso, esperava-se uma facilitação na adesão ao tratamento dos/as que se descobrissem soropositivos para o HIV.

A análise do aconselhamento, como ação preventiva, sugere uma compreensão muito vaga de prevenção. Não há definição do que seria mesmo ou como se apresentaria concretamente esse efeito preventivo do aconselhamento, ou seja, não há sequer menção ao uso do preservativo como ação concreta de proposição do/a aconselhador/a.

Na terceira categoria, intitulado aconselhamento como interação entre as subjetividades do/a aconselhador/a e do aconselhando/a, foram registradas seis sentenças. No Manual I não há definição do que se entende por subjetividade. Nesse contexto, adotamos a noção de subjetividades de Jader Leite e Magda Dimenstein (2002, p. 10), como "formas pelas quais os humanos se relacionam com os regimes de verdade de sua época" para ressaltar que a subjetividade e a vivência social são inseparáveis. De acordo como o material, as sentenças estão ali para que o/a aconselhador/a dê a solução de conflitos no âmbito privado ou no contexto social do/a aconselhando/a. A interação entre as subjetividades se resume ao aconselhador/a e sua subjetividade estar a serviço ou, como escrito no texto, estar à disposição da subjetividade do aconselhando/a. Interação cujo propósito é apoiar emocionalmente o/a usuário/a, passar informações e incentivá-lo/a a avaliar seus riscos em relação à vida sexual, sendo o/a aconselhador/a, nesse cenário, o/a incentivador/a do autocuidado dos/as participantes do processo de aconselhamento.

Cabe destacar que, em nenhum momento, os valores, crenças e história do aconselhador/a são levados em conta nessa interação, bem como o fato de que os marcadores identitários de raça, classe e gênero não são citados como constituintes nesse encontro entre as duas ou mais pessoas que estarão no aconselhamento pré ou pós-teste.

As duas últimas categorias estão imbricadas: a do perfil dos/as candidatos/as mais pertinentes a participarem do aconselhamento e a do perfil dos/as profissionais que devem atuar no aconselhamento, em 7 (sete) e 6 (seis) sentenças, respectivamente. Nessa direção, o aconselhamento deve ser ofertado para as pessoas com HIV/aids, com destaque para as mulheres soropositivas nos serviços especializados e para pessoas com outras IST e suas parcerias sexuais, usuários/as de drogas injetáveis, pessoas que avaliem que tiveram situações

de risco de se infectar, gestantes, pessoas com diagnóstico de tuberculose, mulheres e, depois para todas as pessoas que quiserem realizar o aconselhamento e testagem, o que deveria ser, a nosso ver, o perfil preferencial para as pessoas que desejam fazer o aconselhamento.

Somente o destaque às pessoas com tuberculose e as mulheres são justificados, no Manual I, por dados epidemiológicos. Os demais estão classificados como pessoas que têm maior risco de se infectar por serem parceiros de pessoas que vivem com HIV, por serem usuários/as de drogas ou as gestantes, por terem risco de transmitir para o feto. Nesse cenário, as mulheres só aparecem como reprodutoras e com risco de transmitir o vírus aos/as seus/as filhos/as.

Em relação ao contexto social, há apenas uma citação do que o/a profissional deve levar em conta: o nível de fragilidade social, sem um aprofundamento da ligação de como a vulnerabilidade social aumenta o risco de a pessoa se infectar pelo HIV. Em relação ao perfil dos/as aconselhadores/as, uma das sentenças em análise aponta que o aconselhamento pode ser feito pelos/as profissionais de saúde e/ou integrantes das comunidades e ONG. Em sequência, o Manual I apresenta uma descrição dos atributos desse/a aconselhador/a, com palavras como disponibilidade, autoavaliação sobre a capacidade de atuar como aconselhador/a, valorizar o saber e sentimento do/a “cliente” e ter percepção sobre as necessidades da pessoa atendida, além de respeitá-lo/a.

As outras sentenças identificadas se detêm sobre o perfil ideal para o/a profissional de saúde. Iniciam-se afirmando que todos devem estar preparados para realizar aconselhamento, com os atributos relatados acima, mas faz duas ênfases que o/a médico/a, pela importância social, deve ter a prática de aconselhamento, como rotina na sua consulta, e ter suporte técnico do/a profissional de saúde mental, visto que o aspecto psicológico é preponderante nos atendimentos que seguem o modelo de aconselhamento.

Manual II: expansão do aconselhamento para a Atenção Básica

Em relação ao Manual II, lançado nove anos após o primeiro, identificamos trinta (30) sentenças, que organizamos em cinco categorias (Quadro 03).

**Quadro 03: Categorias temáticas, descrição, quantidade e sentença emblemáticas do Manual II (2005)**

| Categoria | Descrição | Quantidade | Sentenças emblemáticas |
|---|---|---|---|
| *Expansão do aconselhamento* | Descreve as proposições de ampliação do aconselhamento dentro da Rede de Atenção à Saúde | 11 | *"Por iniciativa local alguns municípios já vêm inserindo as ações de promoção à saúde, diagnóstico e aconselhamento em DST e Aids na rede básica e as recomendações contidas neste documento visam a fortalecer a integração entre o programa de DST/AIDS e a rede de atenção básica e subsidiar o processo de institucionalização dessas ações"(p.08).* |
| *Aconselhamento como ação preventiva* | Descreve como o aconselhamento atua como uma forma de prevenção para o HIV/aids | 05 | *"No contexto da epidemia a prática de aconselhamento tem sido uma estratégia de prevenção muito importante e é parte essencial no momento de diagnóstico do HIV" (p.21).* |
| *Aconselhamento como autoavaliação de risco* | Descreve o aconselhamento como um momento para autoavaliação da vida sexual e os riscos para se infectar pelo HIV | 03 | *"Aconselhamento não é dar conselhos! É um diálogo embasado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionado às DST/HIV/Aids "(p.09).* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Perfil dos aconselhandos/as* | Descreve quais pessoas são o alvo da prática de aconselhamento | 02 | *"Principais vulnerabilidades para a infecção do HIV: Práticas sexuais sem preservativos. Destaca-se a vulnerabilidade das mulheres, que se encontram em situação de submissão na relação com os homens para negociar o uso do preservativo, principalmente com seus parceiros fixos, uso de drogas. Deve-se abordar o efeito de substâncias relacionado às práticas sexuais inseguras"(p.15).* |
| *Componentes do aconselhamento* | Descreve quais aspectos compõem o aconselhamento | 09 | *Sugestões de temas para a preparação da equipe: dados epidemiológicos locais, informações teóricas sobre DST/HIV/aids (formas de transmissão, prevenção, tratamento, diferença entre HIV/aids, janela imunológica), diagnóstico laboratorial (HIV e Sífilis), sexualidade e gênero, vulnerabilidade para as DST/ HIV/aids, drogas e redução de danos, Ética/Direitos Humanos, práticas mais seguras para a prevenção das DST/ HIV/AIDS, aconselhamento (conceito, princípios, componentes, distinção entre ação educativa e aconselhamento) (p.28).* |
| *Total* | | 30 | |

Fonte: elaboração própria.

A expansão do aconselhamento dentro da Rede de Atenção à Saúde é o tema mais frequente dentro do Manual II. De acordo com o contexto histórico, esse documento foi concebido quando a proposta era de ampliação do aconselhamento e da testagem para que fossem realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Estratégia de Saúde da

Família (ESF), saindo das Centro de Testagem e Aconselhamento que era direcionado para esta atividade de testar e aconselhar. Assim, nessa categoria, o aconselhamento aparece com um valor positivo, como uma experiência e atividade exitosas, vindo do campo mais especializado de DST/aids, para ser implantado também na Atenção Primária à Saúde (APS) ou Básica (ABS). Contudo, foi destacado também o desafio de transpor uma experiência do nível especializado de atenção à saúde para ser absorvido pelo nível primário. O desafio girava em torno da ausência de questões como sexualidade, uso e abuso de drogas e Direitos Humanos, ainda não abordados pelos/as profissionais de saúde da APS.

A aposta na expansão era de uma detecção mais precoce das pessoas com sorologia positiva para o HIV. Pretendia-se favorecer a integralidade na saúde, dimensionar populações mais vulneráveis, empoderar o/a usuário/a, que deveriam participar ativamente do aconselhamento e, por consequência, de outros modelos de atendimento, como as consultas. Por fim, melhorar a atuação do/ a profissional do nível primário, reorganizando todo o processo de trabalho dentro das Unidades de Saúde. Para isso, o monitoramento e a avaliação eram processos inerentes a essa expansão do aconselhamento, com o desenvolvimento de um Sistema Informatizado, que também era utilizado nos Centros de Testagem e Aconselhamento – o SIS-CTA.

Apreendemos que esse documento demonstra uma pretensão muito extensa para uma única atividade dentro das tantas outras modalidades de atendimento, ou seja, que através da implantação do aconselhamento e da testagem para o HIV, nas Unidades Básicas de Saúde, se chegasse à reorganização do processo de trabalho dessas mesmas UBS. Em nenhum momento são citados no documento, por exemplo, caminhos de educação permanente para que isso realmente ocorra. Aliás, acreditamos que a reorganização do processo de trabalho deveria ter sido anterior à proposta de expansão do aconselhamento para todas as UBS. Por fim, o documento não cita nenhum dos marcadores sociais, em especial os de raça/cor, como indispensáveis na boa execução do aconselhamento em qualquer nível de atenção à saúde.

A segunda categoria foi  o aconselhamento como uma ação preventiva. O texto afirma que é o aconselhamento em HIV/aids que vai diferenciar esse agravo dos outros e o seu êxito no enfrentamento, no Brasil, se deve à inclusão dessa atividade de aconselhar, que conduz o/a profissional a incorporar posicionamentos de incentivo à prevenção e manutenção da qualidade de vida para os/as usuários/as, valorizando o contexto social das pessoas.

Passamos, assim, à terceira categorização que, no Manual II, diz respeito aos locais e as ações que compõem a prática de aconselhar para HIV/Aids. Essa categorização se inicia com a descrição do componente educativo, que contém troca de informações e esclarecimento de dúvidas e pode ser realizado em grupo educativos dentro e fora das Unidades de Saúde. Outro componente é o apoio emocional que consiste em acolher a demanda do/a usuário/a e estabelecer uma relação de confiança com essa pessoa. O apoio emocional deve ser prestado, segundo o texto, nas consultas e no aconselhamento pré e pós-teste. Finalizando os componentes do aconselhamento, temos a avaliação de risco, que abarca uma conversa personalizada sobre as práticas sexuais de risco e uso de drogas, momentos de exposição ao risco de contrair HIV e, concomitantemente, a oferta de caminhos de redução desses riscos, além de uma sondagem do suporte social presente na vida desse aconselhando/a.

Como no aconselhamento está contemplada a avaliação de risco, na quarta categoria elencamos as sentenças que se referem ao incentivo de que os/as aconselhandos/as façam uma autoavaliação dos riscos sexuais que eles/as, porventura, tenham para se infectar pelo HIV (Quadro 02). Desse modo, segundo a diretriz presente no Manual II, essa ação de incentivo deve ser feita em atividades de grupo nas Unidades Básicas de Saúde e nos atendimentos individualizados. Mas não é tratado como o/a profissional vai atuar para proporcionar essa autoavaliação de risco, durante as referidas modalidades de aconselhamento pré-teste, como também, dentro dessa autoavaliação, não estão explicadas as vulnerabilidades sociais que as pessoas vivenciam.

A última categoria que está presente no Manual I versa sobre o perfil dos aconselhandos/as, tendo em foco as pessoas com maior vulnerabilidade para HIV/aids. Inicia-se com um tópico que envolve todas as pessoas, ou seja, conforme o texto, estão em vulnerabilidade todas as pessoas com práticas sexuais sem preservativos. Em sequência, vêm os destaques dentro dessa grande vulnerabilidade: as mulheres, por terem dificuldade na negociação do uso do preservativo, os/as usuários /as de drogas e, na descrição, percebe-se que se está falando dos/as usuários de cocaína injetável, e dos/as usuários/as de drogas soropositivos.

Neste tópico, destacamos a restrição a duas categorias de pessoas – mulheres e usuários/as de drogas com maior vulnerabilidade. Essa restrição reduz tanto o escopo sobre essas pessoas mais vulneráveis, como também toda a construção e discussão sobre o conceito de vulnerabilidade, que vai desde a vulnerabilidade individual à programática (Aires et. al,

2003) e isso não está presente quando se retrata o perfil das pessoas que seriam as mais beneficiadas em participar do aconselhamento. Tampouco são considerados os marcadores sociais como traço significativo para ampliar ou fundamentar a compreensão de tais grupos vulnerabilizados.

Manual III: prevenção combinada e rede de atenção à saúde

O Manual III (2017) apresenta uma mudança significativa na lógica das ações de prevenção, trazendo a discussão das Redes de Atenção à Saúde e a inserção das atividades voltadas para o HIV/aids, dentro dessas Redes: a de saúde mental, a Rede Cegonha, dentre outras. Outra mudança é a lógica de prevenção combinada com eixos biomédicos, estruturais e comportamentais para as ações de prevenção no âmbito do HIV/aids. Segundo essa lógica, o aconselhamento se restringiu a um aspecto dentro das intervenções comportamentais da prevenção combinada. Desse modo, o documento orienta: a oferta de teste com intervenções que, antes, estavam no escopo do aconselhamento; o aconselhamento deve ser ofertado somente depois das orientações prévias e com o consentimento explícito de que a pessoa quer participar.

Acrescentamos que somente nesse documento, passados vintes (20) anos da publicação do Manual I (1996), vai aparecer a população negra como um público prioritário, ou seja, segmentos populacionais que apresentam fragilidades que os tornam mais vulneráveis ao HIV/aids, quais sejam: a população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua.

Supomos, então, que, por essa diminuição do espaço do aconselhamento, temos nesse material o menor número de discursos a serem analisados. Foram identificadas treze unidades de registro para análise, categorizadas em três tópicos, como explicitado no quadro a seguir.

**Quadro 03: Categorias temáticas, descrição, quantidade e sentença emblemáticas do Manual III (2017)**

| Categoria | Descrição | Quantidade | Sentenças emblemáticas |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Histórico do aconselhamento* | Descreve as proposições de ampliação do aconselhamento dentro da Rede de Atenção à Saúde | 03 | *"O objetivo principal da estruturação da oferta da prevenção e do aconselhamento para o HIV/AIDS era interromper a cadeia de transmissão do vírus, o que deveria ser promovido pela realização de diagnóstico precoce das pessoas infectadas e seus(suas) parceiros(as); pela absorção de pessoas que buscavam bancos de sangue para realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento; pela distribuição de insumos de prevenção e informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento das pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos de base comunitária das organizações da sociedade civil que trabalhavam com o tema (BRASIL, 2010)". (p.13).* |
| *Componentes do aconselhamento* | Descreve os aspectos que compõem o aconselhamento | 07 | *"O aconselhamento tem caráter: » Ágil – sem constituir entrave ou impedimento à realização da testagem ou outra ação de prevenção, caso o (a) usuário (a) não disponha de muito tempo; » Dinâmico – deve ser ativo e resolutivo quanto ao caráter educativo e informativo; » Focado – não precisa seguir um roteiro pré-estabelecido, tendo como foco a demanda trazida pela pessoa em atendimento " (p.51).* |
| *Aconselhamento como autoavaliação de risco* | Descreve o aconselhamento como um momento para autoavaliação da vida sexual e os riscos para se infectar pelo HIV | 03 | *"Durante a oferta do aconselhamento, é preciso observar a autonomia do(a) usuário(a) para dialogar sobre suas práticas de risco, escolhas dos métodos de prevenção, dúvidas sobre o tratamento, enfrentamento de estigma e discriminação e outras necessidades pertinentes a esse momento " (p.51).* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| *Total* | | 13 | |

Fonte: elaboração própria (2021)

A primeira categoria se refere à contextualização sobre a criação dos CTA e o papel do aconselhamento na Política Nacional de HIV/aids. Assim, o texto historiciza que o aconselhamento, que juntamente com a testagem, foi implantado para interromper a cadeia de transmissão do HIV, através do diagnóstico precoce, passou a ser um espaço privilegiado como atividade de prevenção. Em relação aos componentes do aconselhamento, esse tópico, além de caracterizar e descrever em que locais e momentos essa atividade pode acontecer, sinaliza como deve ser executada. Com a mudança da função do aconselhamento que, nessa diretriz, está restrito a um momento de encontro para propor gerenciamento de risco, deve, então, ser ofertado:

> Na revelação do diagnóstico; na indicação de PEP [Profilaxia Pós-Exposição de Risco] e/ou PrEP [Profilaxia Pré-Exposição]; nas abordagens sobre saúde sexual e saúde reprodutiva; para prevenção da Transmissão Vertical; para a vinculação dos casos positivos de HIV, sífilis e/ou hepatites B e C; para a oferta de tratamento de HIV, sífilis e/ou hepatites B e C; durante o cuidado contínuo, no caso de tratamento; na oferta das estratégias de Redução de Danos para pessoas que usam álcool, outras drogas, silicone industrial e hormônios; para o encaminhamento em relação a outras comorbidades, como tuberculose" (Brasil, 2017, p. 50).

Para essas situações, segundo o documento orientador- o Manual III- o aconselhamento deve ser ágil, no sentido de não se estender no tempo e, com isso, "atrapalhar" a dinâmica da vida da pessoa, ou seja, o aconselhamento deve acontecer dentro do tempo que foi disponibilizado pela pessoa para participar dessa atividade. Deve também ser dinâmico e focado, ou seja, não seguir um roteiro pré-estabelecido, mas se ater à demanda do/a aconselhando/a, para fazer com que os/as participantes avaliem suas situações de risco e vulnerabilidades. Precisa ainda articular com outros serviços para o compartilhamento do cuidado, além de, se possível, abordar a prevenção combinada, atendo-se aos aspectos da orientação sexual, identidade de gênero e étnico-raciais, adequando a linguagem ao contexto social dos/as aconselhandos/as.

Por fim, o aconselhamento deve ser, segundo esse manual III, um espaço preferencial para avaliação de risco por parte do/a aconselhando/a, conceituado como uma “abordagem para redução e gerenciamento de risco” (Brasil. 2017, p.29) e está contido em outras estratégias de intervenções comportamentais.

**Considerações finais**

A análise nos revelou que, com o passar dos anos, observa-se um aumento em importância e espaço sobre o aconselhamento com a expansão até a capilaridade, através da Atenção Básica e, depois, a diminuição desse espaço e da valorizaçãodo aconselhar até a restrição a um subtópico dentro das intervenções comportamentais de prevenção ao HIV/aids.

Inicialmente, no campo da abordagem em HIV/aids, em seus documentos públicos oficiais, podemos destacar o aconselhamento como uma prática significativa e que foi crescendo em capilaridade, passando da atenção especializada primária até a publicação do Manual II (2017), quando sai do cenário e as tecnologias biomédicas ficam mais destacadas em relação às comportamentais e/ou subjetivas e educativas. A noção de prevenção combinada parece surgir com força e se estabelecer no campo de cuidado. Não está previsto que, na atenção primária à saúde, seja oferecido o acompanhamento de pessoas em uso de PeP e PreP, por exemplo, mas continua-se oferecendo testagem para HIV/aids e, consequentemente, se exigirá uma conexão mais articulada com o nível secundário de saúde para que os/as frequentadores/as principais do SUS tenham acesso às novas biotecnologias. Houve perdas nos momentos históricos analisados no que diz respeito às contribuições que o aconselhamento se propunha a oferecer às pessoas que necessitavam conhecer a sorologia para HIV/aids, mas também há acréscimos ao que se oferta como possibilidades de cuidado antes ou depois desse tipo de infecção. Vejamos algumas das discussões apresentadas sobre os aspectos analisados nos manuais.

Em relação às populações mais afetadas, segundo os dados epidemiológicos, pelo HIV/aids, os três manuais registram uma mudança significativa. No Manual I (1996), o enfoque está dirigido a pessoas com diagnóstico de DST (atualmente IST), usuários/as de drogas injetáveis, mulheres e, especificamente, mulheres soropositivas e gestantes soropositivas.

No Manual II (2005), a atuação do aconselhamento será abordado em termos de vulnerabilidades para o HIV: práticas sexuais desprotegidas, uso de drogas e outras IST. A

mudança que se percebe é a da retirada do foco somente para as pessoas, com a ampliação para o contexto de suas vidas - as suas práticas sexuais, uso de drogas. A adoção da noção de vulnerabilidade e não só a de risco epidemiológico nos permite dizer que houve um avanço na compreensão da complexidade que envolve a pandemia de HIV/aids, considerando um chamamento da responsabilização do Estado com a saúde da população, particularmente quando a dimensão institucional ou programática é mais bem incluída no entendimento dos seus efeitos. Desse modo, os documentos mostram um giro no enfoque do olhar sobre as pessoas que realizam o aconselhamento. Inicialmente os/as aconselhandos/as eram tratadas como um "cliente" – termo muito ligado à perspectiva de uma teoria desenvolvida no âmbito da psicologia humanista ou da clínica psicológica privada (no âmbito da saúde ,esse termo também denota consumidor/a, aquele/a que usufrui do que pode adquirir com seus próprios esforços econômicos e sociais). Depois, constatamos a inclusão dos estudos de saúde pública/coletiva no aconselhamento, com o conceito de vulnerabilidade inserido na atuação de aconselhar.

Conectando a análise dos três documentos oficiais, o que permanece em todos eles é o espaço do aconselhamento como uma atividade dentro do campo de prevenção e, mais especificamente, como uma atividade para gerenciamento de risco, ou seja, para que os/as aconselhandos/as realizem uma autoavaliação de risco das suas práticas sexuais. Atualmente, apesar da diminuição do espaço do aconselhamento, ferramenta importante na prevenção ao HIV, ainda poderia ser utilizada nesse novo cenário de PreP, Pep e pode minimizar possíveis efeitos negativos da medicalização da população, alicerçado primordialmente na premissa de testar e tratar. O aconselhamento pode ser um acompanhamento das biotecnologias, considerando os marcadores sociais, em especial, o racial.

No Manual III (2017), essas mesmas pessoas são abordadas como segmentos populacionais. São denominadas, então, como populações-chave e populações prioritárias, sendo explicitada, pela primeira vez, a população negra como uma população prioritária para desenvolvimento das ações de intervenções comportamentais e, portanto, do aconselhamento. Algo que nos inquieta é pensar por que somente agora começa este processo de visibilização?

Frisamos que, somente depois de um intervalo de 20 anos entre a publicação do primeiro e do terceiro documento, a população negra se tornou prioritária no campo da prevenção para o HIV, nas publicações sobre aconselhamento, com a breve citação que a prioridade é devida ao Racismo Institucional presente também na saúde. De fato, segundo o Comitê de Combate ao Racismo Institucional (2006, p. 22):

> o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem social ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

Permaneceu, nos manuais, uma descrição genérica sobre quem deve participar do aconselhamento e, quando há, nos manuais I e II algum enfoque em segmentos populacionais, estes são feitos sem explicitar fundamentação, ao menos, epidemiológica. Apenas no Manual III (2017), apesar de uma quase anulação do aconselhamento, como prática dentro das ações ligadas ao enfrentamento do HIV/aids, os perfis epidemiológicos embasam quem deve ser priorizado nas intervenções comportamentais. Nesse caso, na população negra "observa-se que, entre os casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2007 a junho de 2021, 39,4% ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros" (Brasil, 2021, p. 51) e porque só agora aparece como um destaque?Percebemos a responsabilidade do Estado em ter ignorado ou continuar ignorando a noção de raça/cor no entendimento e planejamento do cuidado em HIV/aids.

Desse modo, apesar da consolidação da imagem do Brasil, como referência mundial para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids, o enfoque racial, que é um aspecto preponderante em nossa sociedade, em especial em Salvador, onde mais de 80%, proporcionalmente, a população geral se autodeclaram preta ou parda (IBGE.2019), sempre esteve à margem da formação dos/as profissionais aconselhadores/as. Salientamos que, mais uma vez, temos um exemplo concreto da invisibilidade do marcador racial nas orientações sobre a implantação de uma ação de prevenção dentro do escopo da política de enfrentamento ao HIV/aids, que se repete em outros programas e políticas de Estado.

É importante salientar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada em 2008 e publicada em 2009, também contribuiu para que esse segmento populacional fosse visibilizado nas ações dentro do campo de HIV/aids. A PNSIPN reconheceu as disparidades étnico-raciais do pais como contributos significativos para o adoecimento e morte dos negro/as brasileiros/as. Segundo Deivison Faustino (2017), a PNSIPN, através de uma atuação com a especificidade desse grupo populacional, contribui para o fortalecimento da universalização do direito à saúde. A universalidade seria, então, uma "articulação - e não oposição - das necessidades e interesses particulares" (Faustino, 2017, p. 3837).

Os estudos sobre branquitude também podem explicar a ausência da preocupação com as vulnerabilidades da população negra para a infecção pelo HIV na construção dos manuais sobre aconselhamento em IST/HIV/aids. Esse silenciamento sobre a raça/cor das pessoas que participam dos aconselhamentos no SUS, homogeneíza o atendimento e mantém as iniquidades em saúde para a população negra. Quando não se demarca a raça/cor, colocamos o padrão da raça branca como orientador das ações em saúde (Alexander, 2021).

**Referências**

Alexander, Bryant Keith (2021). Pele negra/máscaras brancas: a sustentabilidade performativa da branquitude (com desculpas a Frantz Fanon). **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana** n. 37, e21303. ISSN 1984-6487

Agostin, Rafael et al (2019). A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.24, n. 12, pp. 4599-4604. Recuperado de DOI: 10.1590/1413-812320182412.25542019.

Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) (2005). **Mitos e realidades sobre aresposta brasileira ao HIV/Aids.**Rio de Janeiro – RJ: Autor.

Ayres, J. R. de C. M et al (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bento, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? **Cad. Pagu** [online]. 2018, n.53, e185305. Epub 11-Jun-2018. ISSN 0104-8333. https://doi.org/10.1590/18094449201800530005.

Brasil, Ministério da Saúde (1996). **Aconselhamento em DST e HIV/Aids: diretrizes e procedimentos básicos.** Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2005). **Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica.**Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2009). P**olítica Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2011). **PORTARIA Nº 1.459**, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília - DF: Autor.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2016). **Boletim Epidemiológico de HIV/aids. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2017a). **Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (2017b). **Boletim Epidemiológico de HIV/aids. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2017c). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social . **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** .3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2018). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/aids. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2021). **Boletim Epidemiológico de HIV/aids. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Corrêa, Sônia (2016). A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentososincertos. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). **Mitos e realidades sobre a resposta brasileira ao HIV/Aids.** Rio de Janeiro – RJ: Autor

Dourado, Inês et al (1997). Considerações sobre o quadro da aids na Bahia. **IESUS**. vol. 6, n.2,

Dourado et al (2006). Tendências da epidemia de aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Rev. de Saúde Pública,** vol. 40(supl), pp. 9-17

Faustino, Deivison (2017). A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva, vol.** 22, n. 12, pp. 3831-3840.

Figueiredo, Elisabeth Niglio de (2012). **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.**UNA-SUS/UNIFESP.

Grangeiro, Alexandre et al. (2006). UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005**. Rev Saúde Pública,** vol. 40(Supl), pp. :5-8.

Grangeiro, Alexandre et al(2010). Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002–2006. **Rev Saúde Pública**

Grangeiro, Alexandre (2016). Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA**). Mitos e realidades sobre a resposta brasileira ao HIV/Aids.** Rio de Janeiro - RJ: Autor.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019**). Desigualdades por cor ou raça em Salvador, "segundo o IBGE".** Supervisão de Disseminação de Informações Unidade Estadual do IBGE na Bahia (SDI – UE/BA)

Leite, Jáder & Dimenstein, Magda (2002). Mal-estar na psicologia: a insurreição da subjetividade. **Rev. Mal-Estar Subj.** [online], vol.2, n.2, pp. 9-26. ISSN 1518-6148.

Maksud, Ivia et al (2015). Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde. **Rev. Bras. Epidemiologia**. Vol. 18 supl 1, pp. 104-119.

Mendes, Eugênio Vilaça (2011). **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Monteiro, Ana Lúcia & Villela, Wilza Vieira (2009). A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para inclusão da idéia de direitos dos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Revista Psicologia Política,** vol. 9, n. 17, pp. 25-45.

Paiva, Vera,et al (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública,** vol.40(Supl), pp. 109-119.

Pinto, Agnes Caroline et al (2007). Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. **DST- J bras Doenças Sex Transm**, vol. 19, n. 1, pp. 45-50

Pupo, Lígia Rivero & Ayres, José Ricardo Carvalho Mesquita (2013). Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para fundamentação teórica do aconselhamento em DST/aids. Temas em psicologia, vol. 21, n.3, pp. 1089-1106.

Seffner, Fernando & Parker, Richard (2016). A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA). **Mitos e realidades sobre a resposta brasileira ao HIV/aids**. Rio de Janeiro - RJ: autor.

Spink, Mary Jane (2010) Linguagem e produção de sentidos no cotidiano [online]. In: **A produção de sentidos na perspectiva da linguagem em ação.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Cap. II, p. 26-37. ISBN: 978-85-7982-046-5.

Spink, P (2004). Análise de documentos de domínio público. In: Spink, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo - SP: Editora Cortez.

Spink, Peter et al (2014). Documentos de domínio público e a produção de informações. In: Mary Jane Spink, Jacqueline Isaac Machado Brigagão, Vanda Lúcia Vitoriano do Nascimento e Mariana Prioli Cordeiro (orgs). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramenta.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Social (publicação virtual).

Vázquez-Sixto, Félix. (1996). El análisis de contenido temático. **Objetivos y medios en la investigación psicosocial**. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). UniversitatAutònoma de Barcelona

## Artigo 02: Aconselhamentos para TR-HIV no Carnaval da cidade de Salvador: uma análise racializada

**Resumo**: O presente artigo faz parte da tese de doutorado que investiga as práticas discursivas de aconselhamentos para Testagem Rápida para o HIV (TR/HIV) em grandes eventos. Tem como objetivo analisar os repertórios linguisticos das práticas discursivas de aconselhamentos para Testagem Rápida para o HIV (TR/HIV) no Carnaval de Salvador-Bahia, com ênfase na dimensão racial. Analisamos trinta e seis aconselhamentos, realizados em três dias de trabalho de profissionais, no Carnaval de 2019, em Salvador. Esses aconselhamentos foram audiogravados durante a entrega do resultado de sorologia para o HIV. As análises, com base nos repertórios linguísticos, enfocaram o marcador racial durante o atendimento. Como resultado, podemos destacar que os homens autodeclarados negros em situações de vulnerabilidade relatam a oferta sexual e a obrigatoriedade de responder a essa oferta. Paradoxalmente, quando eles têm poucas parceiras na vida também justificam, com um tom envergonhado, por não corresponder à expectativa de ter muitas parcerias sexuais. Por sua vez, as mulheres negras apresentam essas duas formas vulnerabilidade social, que elevam a exposição ao HIV, quando explicitam durante o aconselhamento, vivência de relacionamentos violentos, sem possibilidade de negociação do uso de meios de prevenção e a dificuldade de acesso aos serviços de testagem e aconselhamentos no seu cotidiano.

Palavras-chave: Aconselhamento, Testagem Rápida para o HIV, recorte racial

Abstract: This article is a doctoral thesis that investigates the discursive practices of counseling for Rapid HIV Testing (RT/HIV) in large events. It aimed to deepen the reflections on the racial marker in counseling for RT-HIV. We analyzed thirty-six counseling sessions carried out in three days of work by professionals at the 2019 Carnival in Salvador. They were audio-recorded during the delivery of the HIV serology result. The analyses, based on the linguistic repertoires, focused on the racial marker during the service. As a result, we can highlight that self-declared black men in situations of vulnerability report the sexual offer and the obligation to respond to it. Paradoxically, when they have few partners in life, they also justify it, with an embarrassed tone for not living up to the expectation of having many sexual partners. In turn, black women present these two forms of social vulnerability, which increases exposure to HIV, when they explain in the counseling experience of violent relationships, without the possibility of negotiating the use of means of prevention and the difficulty of accessing testing and advice in your daily life.

**Keywords**: Counseling, Rapid HIV Testing, racial background

**Introdução**

Para incentivar os brasileiros/as a conhecerem sua sorologia para o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2003, o *Programa Fique Sabendo*, que consistia na ampliação dos locais de aconselhamento e testagem rápida para HIV. Foi implantado, inicialmente, nas Unidades Básicas de Saúde, depois houve uma expansão para que essas ações fossem realizadas extramuros, em locais que reunissem grandes números de pessoas nas cidades, como as festas populares, dentre elas , o Carnaval[1].

O aconselhamento, no Brasil, consiste em uma atividade de prevenção que se caracteriza por ser um encontro de diálogo entre, geralmente, um/uma profissional de saúde ou um/a participante treinado/a de uma ONG/Aids e a pessoa que deseja conhecer sua sorologia para o HIV. Esse diálogo tem três objetivos: ser informativo, dar apoio emocional e proporcionar uma autoavaliação de risco e vulnerabilidade do/a aconselhando/a. Ou seja, durante o aconselhamento, informações técnicas sobre prevenção, características de infecção sobre HIV e a diferença entre HIV e Aids devem ser contempladas, além de apoio emocional sobre possíveis resultados do teste, em especial, o positivo, sobre contexto violentos advindos do machismo e do sexismo que podem expor uma pessoa à infecção pelo HIV. Por fim, proporcionar um espaço para que o/a aconselhando/a possa fazer uma autoavaliação das situações pessoais e sociais que possam colocá-lo/a em vulnerabilidade para se infectar pelo HIV[2]

O aconselhamento está estruturado para acontecer pré-teste e pós-teste; individual ou em grupo. Aconselhamento pré-teste ocorre quando esse atendimento é realizado antes da pessoa realizar a TR-HIV e pode ser feito individualmente ou em grupo. O aconselhamento pós-teste acontece quando se entrega o resultado da TR-HIV e são reforçados os três componentes acima descritos: informativo, emocional e de autoavaliação, bem como são realizados os encaminhamentos, em caso de resultado reagente, ou sublinhada a prevenção, no caso de resultados não reagentes para o HIV[2].

Os artigos de Souza, Czeresnia[3], Galindo, Francisco, Rios[4] investigaram os discursos presentes nos aconselhamentos realizados no Brasil. Discursos que refletem “uma ambiguidade de práticas democráticas e coercitivas, conjugando modos informais e

regulatórios”[4]. Percebe-se, na atuação, modos de fazer que incluem a conversação, o respeito e a confiança e outros que são normativos e prescritivos no atendimento ao/a usuário/a, sobrepondo as concepções e normativas institucionais à realidade de quem está sendo atendido/a. Isso se reflete nos manuais que servem de referências para a formação dos/as aconselhadores/as, cuja análise sugere uma visão reducionista da complexidade do atendimento às pessoas que buscam os serviços, refletindo em “trabalho dos profissionais de saúde ao cumprimento de procedimentos mecânicos, burocráticos”[4]. Desse modo, as/os autoras/es propõem que o espaço do aconselhamento, no nível de prevenção, deva sempre estar conectado a quem a ação está dirigido/a usuário/a.

Segundo estudo de Gomes, Galindo[5] os/as profissionais de saúde avaliam o aconselhamento como o elemento mais importante e tenso da testagem, pois, ao mesmo tempo, pode auxiliar nas reflexões sobre os componentes psicossociais envolvidos da vida afetivo-sexual da pessoa e possibilitar a mudança de comportamento individual e, quiçá, coletivo. No entanto, nenhum dos/as profissionais se sentem preparados/as para revelar os casos de resultado positivo para sorologia ao HIV, devido à carga emotiva envolvida nessa atividade.

Sobre os/as profissionais que trabalham como aconselhadores/as, Galindo, Francisco[6] ponderam que há uma dupla negligência. Pode haver uma imposição para que esse/a trabalhador/a atue como aconselhador/a, sem que ele/a verdadeiramente se identifique com a função e, por não ser escutado, ele pode reproduzir a não escuta com o/a usuário/a que vai fazer a testagem. Assim, as autoras chamam a atenção para que um/a trabalhador/a, que atue como aconselhador/a, tenha trânsito em abordar questões da sexualidade sem estar tão imersos/as nos tabus presentes em nossa sociedade[6].

Nas entrevistas com profissionais, realizadas no estudo citado acima, sobre os mutirões e grandes campanhas para testagem, os/as profissionais se preocupam com o sigilo e com a garantia de ter condições de dar uma atenção adequada ao/a usuário/a. Os/as entrevistados/as avaliam que essas ponderações não surtem efeito de modificação dos atendimentos para que as testagens em grandes eventos tenham asseguradas o sigilo no resultado das pessoas testadas e que sejam realizadas em um lugar minimamente silencioso, por exemplo[6].

Em nível mundial, a *United Nations Program on HIV/Aids* (UNAIDS)[7] estabeleceu uma meta para acelerar o fim da epidemia da síndrome causada pelo HIV (aids) até 2020. A meta, conhecida como *cascata do cuidado contínuo,* intensifica ainda mais a importância do aconselhamento e da testagem rápida para o HIV (TR-HIV). Como estratégia de prevenção e

detecção precoce é fundamental ferramenta inicial para acabar com a transmissão pelo HIV(aids) ,e pode ser sintetizada da seguinte forma:

- 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus;
- 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente;
- 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral[7].

Em 2015, o Brasil tinha 80% das pessoas infectadas que já sabiam de sua soropositividade para o HIV[7]. O relatório de monitoramento da cascata do cuidado contínuo, produzido pelo Ministério da Saúde, aponta que essa porcentagem subiu - em 2021, 88% das pessoas infectadas em nosso país tinham ciência do seu diagnóstico[8]. Os/as negras apresentaram os piores resultados na cascata de cuidado em relação à raça/cor branca - 88% dos/as negros/as que sabiam da sua soropositividade para o HIV estavam vinculados a algum serviço de saúde, 84% estavam em uso de antirretroviral e 75% em supressão da carga viral, que é a carga viral não detectável nos exames dos/as soropositivos/as, o que os/as caracteriza como pessoas vivendo com HIV (PVHIV), que não transmite o vírus. Esses números, quando referentes à raça branca, apresentaram os seguintes números: 93% que sabiam da sua soropositividade estavam vinculadas ao serviço, 90% em uso de antirretroviral e 81% em supressão da carga viral. Assim, no grupo de pessoas brancas, o Brasil já teria atingido, parcialmente, a meta 90-90-90. Mas no grupo de pessoas negras essa meta não foi alcançada em nenhum dos indicadores propostos[8].

Por sua vez, nesse mesmo relatório, a adesão ao tratamento foi um pouco maior entre os/as brancos/as - 93%, sendo de 90% - entre os/as negros/as. Também "entre aquelas pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que iniciaram TARV, no ano de 2019, 88% das autodeclaradas brancas ou amarelas estavam retidas 12(doze) meses depois, ou seja, ainda frequentavam o serviço de saúde e usavam adequadamente os medicamentos. Entre as pessoas autodeclaradas negras, essa proporção foi de 83%". O relatório aponta ainda que a supressão viral sustentada, ou seja, carga viral indetectável por mais de dois anos, é de 79% entres os/as brancos/as e 75% entres os/as negros/as[8].

A meta mundial 90-90-90 explicita que o tratamento medicamentoso do HIV não é a única forma de enfrentamento da epidemia e coloca o aconselhamento em que acontece a

disponibilização de preservativos, informações sobre a profilaxia pré (PEP) e pós exposição (PreP) ao HIV, com o olhar de ações preventivas para as populações-chave como uma atividade importante e estratégica. No caso do Brasil, inclui-se a população negra nas populações-chave e o texto produzido pela UNAIDS também evidencia que o aconselhamento pode ajudar a reduzir o estigma, a discriminação e a exclusão social nas populações- chave[7].

O referido texto enfatiza que as testagens devem ser baseadas nos princípios dos Direitos Humanos, ampliando as ações de autoteste, de aconselhamento e de testagem ofertadas e realizadas por iniciativa do/a profissional de saúde[7]. No Brasil, essa iniciativa e incentivo só ocorrem para gestantes, somente essa parcela populacional tem a solicitação feita, de forma corriqueira, pelos/as profissionais para realizar a testagem para o HIV durante o pré-natal.

No Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico de Aids de 2021[9]registrou-se:

> No ano de 2020, foram notificados 32.701 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.299 (13,2%) casos na Região Norte, 8.190 (25,0%), no Nordeste, 11.270 (34,5%) no Sudeste, 5.732 (17,5%) no Sul e 3.210 (9,8%) no Centro-Oeste. No período analisado, no que se refere às faixas etárias, observou-se que a maioria dos casos de infecção pelo HIV encontra-se na faixa de 20 a 34 anos, com percentual de 52,9% dos casos.
>
> Com relação à raça/cor autodeclarada, observa-se que, entre os casos registrados no Sinan, no período de 2007 a junho de 2021, 39,4% ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente). Entre os homens, 40,9% dos casos ocorreram em brancos e 50,3% em negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%); entre as mulheres, 35,9% dos casos se verificaram em brancas e 55,1% em negras (pretas, 13,0% e pardas, 42,1%)[9].

Os dados acima e os estudos sobre aconselhamento corroboram a construção do presente artigo, pois, no ano de 2020, 34,5% das notificações por HIV foram provenientes da região Nordeste, com a ressalva de que, em relação ao quesito raça/cor, que será enfocado neste estudo, os dados do Boletim Epidemiológico[9] evidenciam que 51,7% das notificações aconteceram entres pretos e pardos. Dessa forma, abordaremos nesta comunicação o aconselhamento para TR-HIV, realizado em um grande evento festivo, o Carnaval, enfocando como o marcador racial opera nesses atendimentos.

## Método

Adotamos, como referencial teórico, as práticas discursivas e produção de sentido, uma das vertentes da psicologia social de base construcionista, como elaborado por Spink, Medrado[10,] notadamente através da análise dos repertórios linguísticos, que são “o conjunto

de temas, descrições, lugares-comuns– que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos”[10.]

As investigações construcionistas também se propõem a desfamiliarizar os temas de estudo, visto que partem do pressuposto que tudo o que vivenciamos são resultados de construções sociohistóricas e não de verdades absolutas, e que também não estão situadas em nenhuma realidade externa onde não haja a inclusão de participação das pessoas, pois, ao mesmo tempo em que vivemos, construímos e modificamos a realidade. Com base nessa afirmação, os/as pesquisadores/as da vertente construcionista não advogam verdades e estão atentos/as aos posicionamentos morais da investigação científica. Como afirmam Spink, Medrado, Méllo[11], “trata-se de entender a historicidade (condições de possibilidades) de nossas práticas e das teorias que construímos sobre elas, situando-as como produtos humanos histórica e socialmente localizados”.

Os repertórios linguísticos são essenciais às investigações das práticas discursivas, pois pode-se, por meio destes ter acesso à constância, como também às mudanças nas produções sociais expressas na linguagem[10]. As investigações dos repertórios linguísticos contêm a noção de três tempos, sendo, então, possível fazer desde uma microanálise até uma análise histórica[10]. Assim, Spink, Medrado[10] nos apresenta:

> Resumidamente, então, o Tempo Longo é o domínio da construção dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma dada época. Permite que nos familiarizemos com os conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum, entre eles. O Tempo Vivido é o tempo de ressignificação destes conteúdos históricos a partir dos processos de socialização. É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades. O Tempo Curto é o tempo da interanimação dialógica e da dinâmica da produção de sentidos. É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido.

O aconselhamento acontece no tempo curto (da interação), como conceituou Spink, Medrado[10] do encontro presencial espontâneo, que, por sua vez, atualiza discursos e práticas discursivas construídas nos tempos longo e vivido, do que é ser negro/a na nossa sociedade e seus efeitos no campo do cuidado e direito à saúde.

Esta pesquisa aconteceu com autorização dos/as profissionais e dos/as usuários/as, quando foram registradas em um audiogravador **trinta e sete (37) aconselhamentos**, no momento da entrega do resultado, perfazendo um total de gravação de duas horas, trinta e nove minutos e cinquenta e nove segundos (2h:39 min:50 seg.), sendo o mais longo

aconselhamento feito em dez minutos e vinte e dois segundos (10 min:22 seg.) e o mais curto, em um minuto e trinta e seis segundos (1 min:36 seg.). Aos/às participantes foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada a assinatura. Esse material foi transcrito, na íntegra, e gerou 73 (setenta e três) páginas. Além dos aconselhamentos gravados, utilizamos o diário de campo escrito no decurso da pesquisa e descrições dos formulários de atendimentos de cada usuário/a. Esse conjunto de informações lastreou os subsídios para as análises explicitadas no presente artigo. Cabe-nos narrar, de modo sintético, o rico processo de produção de informação que será analisado sob a ótica do construcionismo social, através dos repertórios linguísticos utilizados no encontro entre os/as profissionais de saúde (aconselhadores/as) e pessoas que buscavam o serviço de saúde instalado em pontos estratégicos dos circuitos de Carnaval de Salvador.

Para nossa inserção nas atividades do Fique Sabendo, nas festividades do Carnaval, enviamos mensagem solicitando confirmação, uma semana antes do início da festa, à coordenadora do Laboratório Central de Salvador e responsável pela organização da TR-HIV, para participação da pesquisadora principal em um dos pontos de testagem e aconselhamento. O estudo já estava autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE 29720020.7.0000.5686. Alguns dias depois, recebemos a confirmação de participação para quatro dias do Carnaval (oficialmente são seis dias de festa), com dupla função (aconselhadora e pesquisadora). Em relação ao exercício profissional como aconselhadora recebi, assim como os/as demais colegas, remuneração (diária) extra para trabalhar no Carnaval.

Os atendimentos foram audiogravados sem a interferência das pesquisadoras, durante o próprio aconselhamento com um gravador exposto em cima da mesa da sala de encontro. Nessa direção, os relatos são singularmente espontâneos sem partirem de um roteiro pré-estabelecido no estudo. Esta contingência para a produção das informações pode contribuir para uma reflexão sobre como esses temas são performados nos atendimentos, colaborando, desse modo, para complexificar a reflexão sobre o fazer do aconselhamento e aprimorar os atendimentos que versam sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial, o HIV/Aids.

A Secretaria de Saúde de Salvador (SMS) organizou dois locais para as pessoas fazerem o aconselhamento e o TR-HIV. Um deles fica no circuito de Carnaval do centro da cidade, no subsolo de um Multicentro de Saúde, um prédio que, durante o ano, funciona como equipamento de saúde para consultas de atenção especializada em várias modalidades. O outro

espaço é um módulo montado dentro de um contêiner instalado na Barra, um dos bairros de Salvador, outro circuito da festa, na orla, local onde foi realizada a pesquisa.

Vale uma breve descrição do entorno do local em que foi realizada a pesquisa. O container fica instalada em rua transversal à avenida onde desfilam os trios elétricos. Nessa rua, há banheiros quimicos instalados, os vendedores/as colocam isopores para serem comercializados bebidas e alimentos. Os/as foliões/ãs ficam em frente ao módulo de atendimento para TR-HIV para ver as as atrações musiciais. É esse univers de pessoas, trabalhores/as e foliões/as que adentram para realizar a TR-HIV.

O Carnaval, em Salvador, se inicia oficialmente na quinta-feira e se encerra na terça-feira, mas a atividade de testagem só é realizada de sábado a terça-feira. O horário de trabalho diário correspondeu a 12 (doze) horas -das dez da manhã às dez da noite. Assim, às dez da manhã (10h:00) do Sábado de Carnaval, a equipe que iria atuar no aconselhamento e TR-HIV já estava no local de trabalho. A equipe era assim constituída: três pessoas na recepção (responsáveis pelo preenchimento dos dados sociodemográficos dos/as aconselhandos/as, através do referido formulário); quatro aconselhadores/as (função que autora principal deste artigo exerceu), com a responsabilidade de entregar e realizar o aconselhamento pós-teste; três bioquímicas, que fizeram a leitura do teste e liberaram os laudos; uma higienizadora; uma enfermeira, para aplicação de penicilina, nos casos reagentes de Sífilis, e a coordenadora.

O fluxo de trabalho pode ser descrito da seguinte forma: na recepção, eram preenchidos os dados sociodemográficos e de escolaridade do/a participante, que, em seguida, recebia uma senha e era encaminhado/a para a coleta de sangue. Vale ressaltar que, no Carnaval, a coleta não é realizada por punção digital, mas de forma venosa, por ser mais ágil, já que seriam realizados quatro testes em cada participante. O sangue coletado era transferido à sala onde estavam as bioquímicas - eram, então, colocados nos *Kit* para TR-HIV, Sífilis, Hepatite B e C. O/A participante era orientado/a esperar para obter o resultado, que demora em torno de quarenta minutos. Quando o resultado estava pronto, era feito o aconselhamento e a entrega do resultado. Durante a espera, o restante dos dados da ficha de atendimento era completado pelos/as aconselhadores/as. A citada ficha gira em torno de seis temáticas: parcerias sexuais, formas de prevenção ao HIV, uso e abuso de álcool e outras drogas, sinais e sintomas de IST, resultado da TR-HIV e disponibilização de insumos de prevenção. Neste artigo, analisamos três aspectos dessas fichas, visto que foram as que mais geraram diálogos entre aconselhadoras/es e aconselhandos/as. As três temáticas destacadas para análise foram:

parcerias sexuais, formas de prevenção e uso e abuso de álcool e outras drogas e o atravessamento da categoria raça/cor no aconselhamento dos/as usuários/as.

Em relação aos marcadores sociais dos/as participantes do estudo, podemos salientar os seguintes aspectos: foram trinta e sete (37) aconselhamentos, sendo que somente 10.81% (04) se autodeclararam como pertencentes à raça/cor branca e os demais 89.19% (33) se autodeclararam como pretos ou pardos, classificados, assim, como da raça negra. Foram 40,54% (15) do sexo masculino e 54.46% (22) do sexo feminino. Todos/as se declararam cisgênero (37), sendo uma orientação sexual homossexual, uma com bissexual e as demais (35) se afirmaram como heterossexuais. A média de idade foi de 31 anos, sendo o mais jovem com 16 anos e o mais idoso com 59 anos. De todos/as os/as participantes somente um resultado do TR-HIV foi reagente, ou seja, detectou a presença do vírus HIV na corrente sanguínea do aconselhando (Quadro 01).

**Marcadores sociais dos/as participantes e resultados do TR-HIV em aconselhamentos no Carnaval de Salvador, 2019.**

| Usuário/a | Raça/cor | Sexo | Orientação Sexual | Identidade de Gênero | Idade | Resultado do TR-HIV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| U1 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 29 | Não reagente |
| U2 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 34 | Não Reagente |
| U3 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 41 | Não reagente |
| U4 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 41 | Não reagente |
| U5 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 21 | Não reagente |
| U6 | Branca | Feminino | Hétero | Cisgênero | 46 | Não reagente |
| U7 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 46 | Não reagente |
| U8 | Branca | Feminino | Hétero | Cisgênero | 18 | Não reagente |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| U9 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 24 | Não reagente |
| U10 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 59 | Não reagente |
| U11 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 34 | Reagente |
| U12 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 19 | Não reagente |
| U13 | Branca | Feminino | Homo | Cisgênero | 21 | Não reagente |
| U14 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 53 | Não reagente |
| U15 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 32 | Não reagente |
| U16 | Preta | Feminino | Homo | Cisgênero | 39 | Não reagente |
| U17 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 33 | Não reagente |
| U18 | Preta | Feminino | Bissexual | Cisgênero | 19 | Não reagente |
| U19 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 16 | Não reagente |
| U20 | Pardo | Masculino | Bissexual | Cisgênero | 36 | Não reagente |
| U21 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 49 | Não reagente |
| U22 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 26 | Não reagente |
| U23 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 21 | Não reagente |
| U24 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 29 | Não reagente |
| U25 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 31 | Não reagente |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| U26 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 22 | Não reagente |
| U27 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 40 | Não reagente |
| U28 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 20 | Não reagente |
| U29 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 41 | Não reagente |
| U30 | Preta | Feminino | Hétero | Cisgênero | 21 | Não reagente |
| U31 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 43 | Não reagente |
| U32 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 30 | Não reagente |
| U33 | Pardo | Masculino | Hétero | Cisgênero | 38 | Não reagente |
| U34 | Preto | Masculino | Hétero | Cisgênero | 27 | Não reagente |
| U35 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 31 | Não reagente |
| U36 | Parda | Feminino | Hétero | Cisgênero | 20 | Não reagente |
| U37 | Branca | Feminino | Hétero | Cisgênero | 25 | Não reagente |

Fonte: elaboração própria (2022)

Em relação aos marcadores raciais e identitários dos/as aconselhadores/as, podemos destacar os seguintes aspectos: participaram três mulheres: duas brancas (psicóloga e enfermeira) e uma parda (enfermeira) e um homem pardo (assistente social). Todas são pessoas cisgênero e heterossexuais, somente o critério racial as diferencia: metade branca e a outra metade negra (Quadro 02).

**Caracterização dos/das aconselhadores/as de TR-HIV no Carnaval de Salvador, 2019.**

| Aconselhador/a | Raça/cor | Sexo | Identidade Sexual | Profissão |
|---|---|---|---|---|
| A1 | Branca | Feminino | Cisgênero | Psicóloga |
| A2 | Branca | Feminino | Cisgênero | Enfermeira |
| A3 | Parda | Feminino | Cisgênero | Enfermeira |
| A4 | Pardo | Masculino | Cisgênero | Assistente Social |

Os homens autodeclarados negros, participantes dos aconselhamentos que compõem este artigo, quando questionados sobre as parcerias sexuais, versam sobre a oferta sexual e a obrigatoriedade de responder a ela. Paradoxalmente, quando eles revelam que, no período de um ano, têm poucas parceiras sexuais também justificam essa situação, com um tom envergonhado, por não corresponder à expectativa de ter muitas parcerias sexuais como exemplificam alguns diálogos abaixo entre aconselhador/a e usuário/a:

Cena 01
*A1: quantos parceiros ((tosse)) nos últimos doze meses você teve relação sexual só com homens, só com mulheres, travestis, transexuais ou não teve relações sexuais?*
*U1: só com mulheres*
*A1: quantas parceiras ou parceiros ((tosse)), quantas pessoas você transou?*
*U1: rapaz... umas quatro só*
*A1: só? Tá bom, rapaz.*

Cena 02
*A2: No, no ano passado pra cá você transou com quantas pessoas?*
*U3:(um pouquinho só) umas duas ou três*
*A2: duas ou três mulheres, homens e mulheres*
*U3: mulher, mulher*
*A2: Alguma delas era sua parceira fixa? Namorada, esposa?*
*U3: não*

Em relação à oferta sexual, destacamos o trecho a seguir :

Cena 03
*U4: positivo é, uma coisa que faltou também foi a minha parte de respeitar os outros… porque você sabe… eu trabalho como vigilante, você sabe que a oferta é grande, né?*
*A3: Ahn*
*U4: Então, a gente procura, né? Por mais que tente lutar contra isso, não tem como*
*A3: ah, então quer dizer que você deu uma pulada de cerca*
*U4: o assédioé grande e eu dei/eu tive minha parcela, né?*
*A3 uhn*

*Cena 04*
*A3: você, do ano passado pra cá, você transou com quantas pessoas?*
*U26: não sei*
*A3: mais de dez?*
*U28: acho que mais*
*A3: mais de vinte?*
*U28: não*
*A3: não? Eram homens e mulheres? Homens, mulheres?*
*U28: só mulher*

Esse aspecto é similar às reflexões de Jesus e Oliveira[12] sobre descrição da sexualidade de homens negros em contos homoeróticos populares. Segundo os autores, essa memória discursiva vem desde o período colonial, quando o trabalhador braçal era visto também como potente sexual - uma das expressões do racismo, advinda até antes do período escravocrata no país, que atribui a esse homem negro aspectos animalizados, retratando o negro, também na sexualidade, como um reprodutor incansável, uma máquina de fazer sexo.

Coadunando também com as reflexões de Pinho, Sansone[13], este estudo aponta que os homens negros reproduzem e introjetam a sua sexualidade como algo que se sobressai, o que se configura como uma marca da existência dos homens negros pela presença corporal. Os autores destacam "em Salvador, onde somos maioria, esse corpo é constantemente destacado da experiência cotidiana para ser simbolizado, fetichizado e decomposto"[13]. Igualmente, neste estudo que foi realizado no Carnaval da capital baiana, percebemos que essa descrição da hipersexualidade do homem negro é introjetada na subjetividade dos/as participantes e exteriorizada nos diálogos dos atendimentos.

Analisando as cenas em destaque e articulando com os tempos dentro do repertório linguístico, concluímos que o atendimento para o aconselhamento é a expressão do tempo vivido. No tempo curto, há a apreensão e naturalização por parte desses homens negros de que a sua sexualidade é acima da média e que, caso a vivência da sexualidade deles não corresponda a essa construção social da hipersexualidade, eles relatam, de modo constrangido, essa não adequação às expectativas socias. No tempo longo, a sexualidade do homem negro, como uma expressão do racismo, se corporifica como se ouvíssemos, nos diálogos do aconselhamento, as palavras de Nina Rodrigues[14]: "o negro crioulo conservou vivaz os instintos brutais do africano; é rixoso, violento nas suas impulsões sexuais (…)", que demarca o racismo científico.

No que tange aos meios de prevenção ao HIV, os homens autodeclarados negros apresentam uma vulnerabilidade por conta do não uso constante do preservativo externo- para

pênis - essa fala aparece recorrentemente nos atendimentos. Porém, o que mais nos chama atenção é como as/os profissionais, mesmo que os/as aconselhandos/as digam que não têm o hábito de usar preservativo, não propõem outra forma de prevenção, insistindo novamente na oferta do preservativo, como quem emite uma opinião, um aviso ou apela ao bom senso, distanciando-se da noção de aconselhamento como uma reflexão dialogada ou mesmo da premissa da prevenção combinada. Essa política prevê a combinação de estratégias comportamentais, além do uso do preservativo e estratégias biomédicas, como a testagem regular para HIV ou tratamento do casal de outras ISTs[15].

Cena 05
*A1: com relação ao uso de camisinha, você está com alguma parceira fixa (nome do aconselhando)?*
*U1: ( )*
*A1: foi? E suas parceiras eventuais? Você usa camisinha nunca, sempre, ás vezes ou não tem parceira*
*U1: nunca*
*A1: nunca usa camisinha? Por que, menino?*
*U1: ah, porque nunca gostei*
*A1: nunca gostou foi? Mas já experimentou?*
*U1: já*
*A1: nunca gostou não?*
*U1: nunca*
*A1: Uma DST se contrair? Como é que a gente faz pra testar? Umas têmtratamento, né? Outros não têm. Camisinha viu (nome do aconselhando) é uma coisa que a gente tem que conviver com ela, experimentar, passar a gostar porque ela previne, não só previne gravidez como previne um monte de doenças sexualmente transmissíveis, previne o HIV que é a aids né? E previne sífilis e hepatites, tá?*

Cena 06
*A2: não? E você usou camisinha com elas?*
*U3: (não)*
*A2: algum tipo de prevenção. Por que não usou?*
*U3: por que não tinha não*
*A2: Hum?*
*U3: não tinha não*
*A2: não tinha camisinha na hora e aí?*
*U3: já foi*
*A2: e aí já foi, né?..., mas você sabe que é importante utilizar e tal*
*U3: eu sei*

O repertório linguístico das cenas em destaque é reforçado pela percepção de que o uso do preservativo, como forma de prevenção, pode ser um indicador de infidelidade para a parceira sexual, impedindo, assim, a possibilidade de uso desse insumo de prevenção, como descrito na cena a seguir, destacado na pergunta do usuário “você sabe como é mulher...” um lugar-comum muito presente nos diálogos brasileiros, conotando que as mulheres são desconfiadas, questionadoras.

Cena 07

*A3: mas aí… com estabilidade, vai usar camisinha ou não vai?*
*U4: ( ) detalhe, né?… porque assim… você sabe como é mulher… claro... pelo fato de você ser mulher… eu sendo seu marido… você acharia conveniente se você não fosse [dessa] área… você pensaria como?*
*A3: se eu não fosse da área...*
*U4: entendeu?*
*A3: Eu ia achar que você estava aprontando, né?*
*U4: entendeu?… então… é bem… é bem relativo eu/eu por mim… eu usaria de boa… eu não tenho problema de sensibilidade, né?*

O mais interessante, porém, é que é o usuário e não a aconselhadora que impõe na cena em destaque maior dialogismo, sugerindo a ela que reflita sobre a situação, caso ele fosse o marido dela, e sua atitude de não usar preservativo para não ter que enfrentar questionamentos e desconfianças com sua companheira, na relação afetivo-conjugal. Esse diálogo nos permite inferir que se trata de uma sentença que a própria aconselhadora não questiona, não problematiza, portanto, naturaliza, quando deveria refletir junto com o aconselhando.

Em relação à categoria de análise abordada no aconselhamento sobre uso e abuso de drogas, podemos perceber que, no encontro da aconselhadora com o U1 (homem negro), em um atendimento que durou em torno de cinco minutos, a profissional, em quatro momentos, pergunta sobre o uso de drogas na vida do aconselhando. Destaca-se, nesse contexto, as duas vezes em que ela pergunta sobre uso de drogas injetáveis: U1 responde, monossilabicamente, à pergunta sobre esse tema nas duas primeiras vezes, somente quando responde sobre consumo de álcool, esse tema se estende mais no atendimento. Porém, apesar de U1 ter explicitado um uso abusivo, esse fato não foi problematizado pela aconselhadora. Ao contrário: ela retoma, momentos depois, a inquirição sobre o uso de drogas injetáveis pelo usuário. Percebemos, que os homens negros não saõ escutados durante os atendimento audiogravados. A cristalização do estereótipo de homens negros como potenciais usuários de drogas ilícitas, não permite que a aconselhadora, os escute e possa realizar verdadeiramente o aconselhamento como o encontro de subjetividades.

Cena 08
*A1: fez uso de droga injetável?*
*U1:não.*
*A1: fez uso de algum outro tipo de droga?*
*U1: sim*

*A1: fez uso de drogas… não, né?*
*U1: não*

*A1: Com relação ao uso de drogas na vida, tá? você nunca usou… bebeu já… bebeu com frequência?*
*U1: todo dia, toda hora*
*A1: Todo dia, toda hora?*

*U1: sim*
*A1: ou só no Carnaval?*
*U1: quase todo dia*
*A1: é mesmo, rapaz?*
*U1:é o calor ((risos))*
*A1:aconselhadora: ((risos)) calor… beba água… intercale com água, viu?*
*U1: ah... eu bebo muito*

*A1: Por que você está trabalhando né? e aí pode desidratar, tá? quando for assim… você… entre uma… uma quantidade e outra sempre beba água… drogas injetáveis?*
*U1: não*
*A1: usa ou já usou alguma outra droga?*
*U1: rapaz*
*A1: maconha... cocaína... crack?*
*U1: não*
*A1: Você tem ou já teve algum parceiro ou parceira que usa drogas injetáveis?*
*U1: não*

Situação similar acontece no atendimento de U2, em que se registra a descrença e insistência no tema quando esses homens respondem que não usam drogas.

Cena 09
*A2: pronto… você já usou algum tipo de droga?*
*U2: não*
*A2: não? Nunca usou?*
*U2: nunca usei*

Nos atendimentos audiogravados não houve a participação de homens brancos para realizar o aconselhamento e a TR-HIV nos três dias de Carnaval, visto que os homens brancos quase não estão presentes como aconselhandos, ou seja, como alguém com interesse em realizar TR-HIV nesse contexto. Podemos inferir que esses homens devem ter mais oportunidades de realizar aconselhamento e TR-HIV durante o ano em seu ambiente laboral ou quando vão a estabelecimento de saúde. Contudo, podemos contrapor o mesmo tema, o uso de drogas, trazendo a cena com uma mulher branca. Percebemos uma tranquilidade no diálogo, sem uma descrença e até com uma justificativa da aconselhadora do porquê estar abordando o tema, o que não ocorreu quando a mesma aconselhadora (A2) esteve em diálogo com o um homem negro; p

Cena 10
*A2: Você bebe?*
*U8: bastante, mas eu não bebi nos últimos, ontem eu não bebi porque eu fiquei com medo de cortar o efeito ((risos)) da pílula*
*A2: da pílula...ahn*
*U8: é, hoje eu vou beber uma cervejinha*
*A2: mas não tem nada a ver não, pode beber, se quiser né? você usa algum outro tipo de coisa., como maconha, cocaína, crack?*
*U8: ((suspira)) eu uso maconha, às vezes, não uso com frequência assim não*
*A2: na verdade essa pergunta é pra saber se o uso dessas/dessas drogas muda seu comportamento?*
*U8: ahn*
*A2: você acha que muda, você fica.*

*U8: muda sim… eu fico besta, só viajando assim*
*A2: mas não em relação a sexo assim?*
*U8: não, não, não, não, não,*

A insistência da aconselhadora parece baseada em informação epidemiológica que deve ser problematizada e atualizada. Santos[17], na sua dissertação de mestrado, afirma que não há uma associação direta entre uso de drogas e aumento de infecção pelo HIV, só mais especificamente em relação ao uso abusivo de crack pode haver vulnerabilidade maior quando há prática sexual em troca de crack, podendo haver maior frequência de sexo sem proteção.

Em estudo como de Sousa et al.[18,] sobre a *chemsex* (sexo químico), ou o sexo realizado sob efeito de alguma substância psicoativa na pandemia da Covid-19, no Brasil e Portugal, nos alerta para o aumento dessa prática sexual. O interessante, nesse estudo, é que algumas pessoas participantes utilizavam PrEP, ou seja, denotando uma percepção de risco para infecção pelo HIV, associado ao uso de substâncias psicoativas e, por isso, se valem dessa biotecnologia para se proteger durante o *chemsex*. Por fim, no estudo de Chone et. al[19] sobre *chemsex* entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em Portugal, concluiu que

> os resultados desta pesquisa corroboram estudos anteriores nos quais o uso de drogas em contexto sexual aumenta consideravelmente o risco comportamental (e.g. relações sexuais desprotegidas) devido a uma redução da percepção de risco, existindo assim, uma maior probabilidade dos HSH que praticam chemsex contraírem HIV e outras IST, além de aumentar também a probabilidade de praticarem sexo em grupo ou com mais de um parceiro na mesma noite, a redução da aderência ao tratamento antirretroviral em pacientes HIV positivos e das medidas de proteção como o uso de PrEP, utilizada por cerca de 30% dos HSH deste estudo[19].

Hojilla *et. al.*[18] apresenta uma proposta de abordagem ou aconselhamento compreensivo, enfocado na PrEP para as pessoas que fazem uso ou abuso de substâncias psicoativas evitando, assim, o reducionismo do uso somente de preservativo como forma de prevenção.

Este tipo de informação está ausente dos aconselhamentos acompanhados na presente pesquisa e nos chama a atenção justamente pela ausência. Mas, para além disso, estas cenas narrativas nos sugerem uma operação de algo mais que indica um discurso comprometido como uma visão restrita em relação ao homem negro e suas experiências sexo-afetivas por conta do seu pertencimento racial, indo na direção de um racismo institucional. De acordo com Kalckman et al.[20], trata-se de racismo institucional devido à persistência da indagação por parte dos/as profissionais de saúde para os homens negros, mesmo quando eles dizem que não usam tais substâncias. Por sua vez, na conclusão de seu estudo, Kalckman et al.[20] chama a atenção para o fato de que tais situações discriminatórias devem servir para que os/as

profissionais possam autoavaliar suas práticas profissionais, pois o racismo institucional se concretiza nos atendimentos cotidianos, entendido como:

> o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem social ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações[21].

Destacamos, nesse cenário, uma situação que diz respeito às mulheres negras e brancas e suas parcerias sexuais : elas relatam mais corriqueiramente um único parceiro fixo, descrevendo-os como esposos, maridos ou namorados, classificação que até as aconselhadoras sugerem, antes mesmo que a usuária tome a palavra (Cena 11 e 12). Desse modo, a conjugalidade, ou seja, a vivência afetivo-sexual estável de casamento e namoro geram vulnerabilidade para infecção pelo HIV, visto que todas as participantes que tinham relação estável não usavam nenhum tipo ou forma de proteção e, de certo modo, este comportamento era naturalizado pela aconselhadora:

> Cena 11
>
> *A2: seu esposo? Você usa camisinha com ele?*
> *U22:não uso preservativo*
> *A2: não? E vocês se previnem de doenças de que forma?*
> *U22: como assim?*
>
> *A2: assim porque a camisinha previne da gravidez e também das previne das doenças né, dessas que você fez, quando não usa camisinha geralmente a gente tem que procurar outros métodos*
> *U22: é... Como é o nome, ginecologista*
> *A2: fazer todos os exames e ele já fez esse teste também?*
>
> *U22: ele não*
> *A2: ele tá por aqui?*
> *U22 tá lá na frente vendendo*
> *A2: pede pra ele vir aqui, manda logo ele fazer já que vocês não usam, né?*
>
> Cena 12
> *A3: só com seu esposo? E você usa camisinha com ele?*
> *U5: não*
> *A3: usa preservativo*
> *U5: não*
> *A3: e como é que vocês se protegem das doenças?*
> *U5: eu não sei/se ele pega outras mulheres*
> *A3: uhn*
> *U5: até porque ela tá preso, mas eu, não uso camisinha e só transo com ele*
> *A3: ahn, você vai lá visitá-lo?*
> *U5: é*
> *A3: e, na prisão ( ) outra mulher? A visita da visita né?*
> *U5: Oh*

Desse modo, entre as mulheres, a conjugalidade aparece como um comportamento óbvio, ou seja, se elas estão comprometidas com alguém, só têm relações sexuais com essa pessoa e, por isso, sem uso de preservativos ou outra forma de prevenção prevista na política de prevenção combinada. Não está em discussão nenhum tipo negociação do uso do preservativo dos seus companheiros com as parcerias eventuais que, porventura, eles tenham. Essa dificuldade de negociação de modos de prevenção está presente nos aconselhamento de mulheres negras.

Na Cena 11, a aconselhadora diz que tem que buscar outros métodos, a usuária, diz ginecologista, ela fala em exames, mas não responde, muda de assunto, por quê? Por estar restrita a possibilidade do uso do preservativo externo, sem ofertar as outras formas de prevenção como PrEP ou uso do preservativo interno, ou mesmo explicar melhor para a usuária, que demonstra não está muito bem esclarecida sobre diferentes especialidades medicas, insumos disponíveis no SUS, etc.

O resultado deste estudo é similar aos estudos de Oltramari, Otto[22,] Maia *et al*.[23] sobre conjugalidade e prevenção à infecção pelo HIV, entre homens e mulheres que mantêm relacionamentos estáveis. Também nesta investigação observamos que os casais pouco usam o preservativo, já que a conjugalidade faz com que as pessoas tenham um pacto, mesmo que implícito, de fidelidade. Não havendo, por isso, um investimento dialógico para questionar tal pressuposto.

As respostas que revelam pouca percepção de risco de se infectar pelo HIV foram mais comuns entre os homens, nos estudos de Oltramari, Otto[22], mas no presente estudo se mostrou mais destacado entre as mulheres. Contudo, entre as mulheres negras foi mais impactante porque elas têm a percepção do risco de se infectar, mas não usam formas de prevenção por medo da violência doméstica, dado mais presente nos diálogos com essas mulheres[22,23,25]. Além disso, porque nos aconselhamentos registrados não há, como já sinalizado, oferta de nada para a prevenção senão uso de preservativo externo/peniano, sequer é explicado sobre o preservativo interno/vaginal. Podemos inferir que se trata de aspectos que concorrem entre si para as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas[24], o que torna essas mulheres pessoas com maior risco de infecção, por serem mulheres, por serem negras e de baixo poder aquisitivo.

Diferente do estudo de López[25] sobre mulheres negras e vulnerabilidade ao HIV, em que a autora relata a hiperotização do corpo feminino, as mulheres negras participantes deste

estudo não evidenciaram tal aspecto, mas sim uma conjugalidade arraigada. Porém, semelhante ao mesmo estudo com mulheres negras militantes dos movimentos sociais, as mulheres negras também apresentam dificuldade na negociação do uso do preservativo.

As Cenas 13 e 14 ressaltam um aspecto que só apareceu nos aconselhamentos para as mulheres negras: a dificuldade de acesso ao serviço de testagem no dia a dia. Podemos apreender que, para as mulheres negras, a dificuldade de acesso a esse serviço também pode ser um fator para que elas realizem o aconselhamento e a TR-HIV durante o Carnaval, por não conseguirem fazer esse teste durante o ano, em locais próximos de onde residem, bem como pela naturalização impositiva na espera excessiva para serem atendidas. Nesse cenário, chega a ser chocante que as mulheres naturalizem o tempo que dispõem para poder fazer o teste e receber o resultado como algo comum, corriqueiro, já que, de fato, essa é uma situação constante em suas vidas - sem direito à saúde.

Cena 13
*A2: foi mesmo? em qual posto? de onde?*
*U17: eu fui pro… de (nome da unidade de saúde) e (nome da unidade de saúde)*
*A2: é… mas deveria fazer sabia… todas os postos devem fazer*
*U17: eu cheguei lá pra fazer o DST... aí disse que não estava fazendo... que ia fazer acho que agora em abril*
*A2: ah... bom saber porque todos postos deveriam fazer*
*U17: pois é… aí eu vi aqui, né? o rapaz passou, me deu a camisinha... aí eu falei: agora vou fazer*

Cena 14

*A2: não... não precisa… o que você achou do serviço?*
*U12: ah... eu achei foi muito bom... talvez tenha demorado... um pouco..., mas também eu to acostumada com isso... não é chegar na hora e ter o resultado na hora que eu quero*
*A2: não... demora um pouquinho até pra ler o resultado mesmo... o sangue passar pela/pelo testes... então tá…. obrigada*
*U12: brigada a senhora*
*A2: tchau... bom Carnaval*

Nas cenas a seguir com a mulheres brancas e o acesso aos serviços de testagem, temos outro contexto de inserção: elas não relatam dificuldade de acesso ao serviços de saúde e procuraram a TR-HIV no Carnaval com um objetivo definido (de fazer o teste e não usar preservativos com o companheiro ou por planejamento de engravidar) e optaram participar da testagem pela praticidade e rapidez do resultado.

Cena 15

*A3: E você usa camisinha com ele?*
*U13: uso, às vezes*
*A13: bom, tem muito tempo que vocês namoram?*
*U13: um ano*
*A3: um ano? e pretendem tirar camisinha ou vão continuar assim*

*U13: é por isso que eu to aqui(risos)*
*A3: ah, entendi. Então, vocês resolveram os dois fazerem isso?*
*U13: isso*

Cena 16

*A3: então aqui a gente vai fazer algumas perguntinhas certo? Você pode tirar as dúvidas também. É, do ano passado pra cá você teve relações sexuais com quantas pessoas?*
*U37: duas*
*A3: duas? homens?*
*U37:sim*
*A3: e algum deles era seu companheiro fixo, namorado?*
*U37: sim, namorado*
*A3: os dois eram?*
*U37: eram*
*A3: E você usava camisinha com eles?*
*U37: só com um, o recente não*
*A3: não? Por que?*
*U37: sinceramente, não sei*
*A3: (risos) e ele já fez esse teste?*
*U37: já, há muito tempo atrás, ele trabalhava comigo, a gente trabalhou junto, aí não sei, sinceramente, uma confiança que não é pra existir. Logo há muito tempo atrás, na verdade, eu nunca usei anticoncepcional porque eu sempre usei camisinha, mas agora gente tá fase de querer engravidar, aí a gente tá tentando, descartei a camisinha, por isso eu não usei camisinha, mas eu sempre usei*

Digno de nota também é que somente as mulheres negras relatam uma sofrida descrição de vivência de violência física e psicológica com suas parcerias sexuais.

Cena 17

*U9: desse terceiro (  ) olhe só não me arrependo de ter tido o filho, mas o pai*
*A1: foi o pior dos três?*
*U9: ah., esse daí eu sofri*
*A1 foi mesmo?*
*U9: ele me proibia até de ver minha mãe*
*A1: É mesmo? controlador, né?*
*U9: Ave Maria*
*A1: ainda bem que você se saiu, né? a gente tem que cuidar da gente primeiro*
*U9: é*

Cena 18
*A2: uhn e não quis, tem mais de doze anos, por quevocê não quis mais ter nenhum parceiro?*
*U10:  porque, em dois mil eu tive um parceiro e eu tive, fui violentada, eu tive/ele me deu três facadas e aí de lá pra cá eu tomei medo, de ficar com alguém. E aí ele não deu certo, ele não queria que eu ficasse sem ele, não queria que eu separasse, aí ele fez isso*
*A2: aí você ficou*
*U10: eu fiquei sabe, não quis mais homem na minha vida, nunca, nunca mais eu quis ter ninguém*
*A2: entendi*
*U10: foi isso*

Esse fato de somente as mulheres negras, neste estudo, relatarem a vivência situações de violênciadoméstica, física e psicológica também apareceu na investigação de Santos[26]

sobre mulheres negras e vulnerabilidade para o HIV. Esses tipos de violência (física e psicológica) aumentam a exposição das mulheres ao vírus HIV, pois fragilizam sua autoestima, as amedrontam, levando-as a um estado de submissão, que dificulta a possibilidade de negociação de meios de prevenção com as parcerias sexuais. Como vimos nas cenas narrativas destacadas, tal compreensão está totalmente invisibilizada nos aconselhamentos acompanhados.

**Considerações finais**

Percebemos que, na contramão dos números epidemiológicos, que apresentam como as populações-chave mais vulneráveis para infecção pelo HIV, em todo país, como gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) negros, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo, além do crescimento de Aids na juventude (15 a 24 anos)[7], neste estudo, as pessoas que acessaram o aconselhamento para a testagem são homens e mulheres jovens, cisgênero, negros/as. Como única concordância entre os/as participantes e os dados epidemiológicos, registra-se o fato de ser negro e sua maior vulnerabilidade. Por sua vez, cabe ressaltar que o presente estudo exige outras pesquisas que problematizem o que aparece aqui de modo transversal, no sentido de ampliar para outros grupos, e não só os destacados acima[7], em referência à ampliação da população-chave, porque escutamos homens e mulheres que não se encaixam em nenhuma dessas categorias e que estão continuamente em situações de risco.

Apontamos que, independentemente da orientação sexual mais vulnerabilizada, atualmente, na epidemia de HIV, os/as negros/as têm maior dificuldade de acesso para realizar o aconselhamento e a TR-HIV no seu cotidiano. Nesse sentido, não é surpreendente que tenham acesso justamente no Carnaval, quando estão nas ruas como trabalhadores/as, que podem dar uma escapada do circuito de festa para buscar o que lhe é de direito e constantemente negado. Isso pode indicar que tal estratégia de TR/HIV em grandes eventos pode permitir que determinados grupos raciais sejam minimizados, embora não garantidos o direito à saúde.

A linguagem em uso dos/as aconselhadoras/es não é excessivamente rebuscada, não parece distanciar as pessoas que buscam o TR/HIV por citar termos técnicos. Antes mesmo, sugere uma conversa coloquial, com uso de expressões regionalizadas na fala (como “rapaz”, que é comum independente do gênero). Em consonância, então, com o que salienta Werneck[27:] os/as profissionais devem utilizar uma linguagem acessível, que esteja em adequação com o

contexto social e cultural do/a aconselhando/a. No entanto, não há um investimento evidenciado para explicar e refletir sobre a prevenção combinada ou abordagem compreensiva, por exemplo, muito menos sobre o modo como os marcadores sociais operam para tornar mais vulneráveis determinados grupos raciais que outros.

Observamos, na atuação, modos de fazer que incluem a conversação, o respeito e a confiança e outros que são normativos e prescritivos no atendimento ao/a usuário/a, sobrepondo as concepções e normativas institucionais à realidade de quem está sendo atendido/a. Somado a isso, vale sublinhar que, pelo fato de acontecer em um contexto de ação extramuro e festas populares, esses atendimentos são feitos de modo sintético.

O aconselhamento para TR-HIV, como foi ressaltado antes, deve ser constituído por três componentes: o educativo, o de apoio emocional e o de avaliação de risco[2]. Nos aconselhamentos analisados, está presente, mas não de forma aprofundada, o componente educativo e avaliação de risco, contudo sem nenhuma reflexão da vulnerabilidade proveniente do aspecto racial, de gênero, de classe social, ou qualquer tipo de intercessão. Não percebemos o apoio emocional nesses aconselhamentos, visto que, este componente pode tornar os impactos sobre o resultado seja reagente ou não, mais significativo para quem participa.

Podemos anunciar ainda que há a necessidade de fazermos um aconselhamento racializado e dentro do âmbito da prevenção combinada e da abordagem compreensiva. Na direção de que os/as profissionais que atuam nessa atividade percebam e atuem com reflexões dialogadas que devem estar consonantes com as orientações do mais atual Manual de Aconselhamento[15], no qual a população negra é vista como um segmento populacional prioritário.

No entanto, é preciso ultrapassar a leitura epidemiológica de risco (é fundamental, afirmamos que a incidência é maior e significativa na população negra em relação a outros grupos) e fundamentar o aconselhamento em HIV/aids em concepções de vulnerabilidades e marcadores sociais em processos dialógicos e críticos da própria prática de aconselhar. Já que, no que diz respeito ao homem negro, a reafirmação da hipersexualidade sem nenhuma intervenção do aconselhador/a só aumenta a vulnerabilidade desses homens e o prende a apenas um papel social, que é legitimado a exercer. Sobre as mulheres negras e a dificuldade de acesso à TR-HIV, devemos planejar ações que vão ao encontro delas, efetuando ações de testagem que sejam realizadas dentro da realidade cotidiana delas para facilitar o tão dificultado acesso à saúde dessas mulheres.

**Referências**

1 Ministério da Saúde (BR). Fique sabendo. Brasília:Ministério da Saúde; 2013.

2 Ministério da Saúde (BR). Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica.Brasília:Ministério da Saúde; 2005.

3 Souza, V. Czeresnia, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento e os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV nos centros de testagem anti-HIV. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2007, 11(3):531-48.

4 Galindo, WCM, Francisco, AL, Rios, LF. A instrução e a relação como modos de aconselhamento em HIV/Aids. Temas psicol. [online]. 2013, 21(3): 989-1004. ISSN 1413-389X. http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE12PT.

5 Gomes, E, Galindo, WCM. Equipes de Saúde da Família frente à testagem e aconselhamento das IST, HIV-Aids. Rev Baiana de S Pública. 2017, 41(3): 627-48.

6 Galindo, WCM, Francisco, AL. Saúde e seguridade social: transformações sociais e impactos na população Gestão Municipal em Ações de HIV/Aids. In: XXVIII Congresso Internacional da ALAS, 2011. Recife. Pernambuco.

7 United Nations Program on HIV/Aids.Global AIDS response progress reporting. Geneva – Switzerland; 2015

8 Ministério da Saúe (BR). Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

9 Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

10 Spink, MJ. Medrado, B. Produção de Sentido no Cotidiano. In: Spink, MJ. Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013, p. 1-21.

11 Spink, MJ, Medrado, B, Méllo, RP. Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas In: Spink, MJ, Brigagão, JI, Nascimento, VL, Cordeiro, MP. A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014, p. 13-30.

12 Jesus, D, Oliveira, G. Questões étnico-raciais em discursos em torno da virilidade masculina negra em contos homoeróticos. Trab. Ling. Aplic., 2021, 60(1), pp. 69-81.

13 Pinho, O, Sansone, L. (orgs.) Raça: novas perspectivas antropológicas.Salvador: EDUFBA, 2008.

14 Rodrigues, N. As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil. Salvador- Ba: Editora Livraria Progresso, 1894.

15 Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

16 Hojilla, J *et al*. Uptake and Retention Among Men Who Have Sex with Men in a Community-Based Sexual Health Clinic. AIDS Behav , 2018, 22, p 1096–1099.https://doi.org/10.1007/s10461-017-2009-x

17 Santos, RB. Prevalência e fatores associados à infecção pelo HIV em usuários de drogas lícitas e ilícitas.[Dissertação].Recife:Universidade Federal de Pernambuco, UFPE; 2014.

18 Sousa, AFL *et. al*. Prática de chemsex entre homens que fazem sexo com homens (HSH) durante período de isolamento social por COVID-19: Cad de Saúde Pública 2020, 36(12), e00202420.

19 Chone, JS *et. al*. Factorsassociatedwithchemsex in Portugal duringthe COVID-19 pandemic.Rev Latino-Americana de Enf,2021, 29,elocation e3474

20 Kalckmann, S, Santos, CG, Batista, LE, Cruz,VM. Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? Revista SaúdeSoc, 2007, 16(2), p. 146-155.

21 Ministério do Governo Britânico para Desenvolvimento Internacional (UK). Identificação e abordagem do racismo institucional comite de combate ao racismo institucional. DFID, 2006.

22 Oltramari, LC, Otto, LS. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. Rev Psicol. Soc. [online], 2006, 18(3), p.55-61. ISSN 1807-0310. https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000300008.

23 Maia, C, Guilhem, D, Freitas, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. RevSaúde Pública, 2008, 42(2), p. 242-248.

24 Ayres JRCM, França I, Junqueira G, Saletti HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Machado C, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.

25 López, L. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. Saúde Soc. 2011, 20(3), p.590-603.

26 Santos, NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. Saúde Soc. São Paulo, 2016, 25(3), p.602-618

27 Werneck, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde Soc., 2016, 25(3), p.535-549.

## Artigo 03: Aconselhamento racialmente orientado para testagem em HIV: mais que uma proposta de formação, uma necessidade.

Resumo: O presente artigo tem como objetivo delinear caminhos para a construção de uma proposta de aconselhamento racialmente orientado para testagem rápida de HIV dentro da estratégia de prevenção combinada. Adotamos, como referencial teórico, as práticas discursivas e produção de sentido, uma das vertentes da psicologia social de base construcionista. Para elaboração da proposta de aconselhamento para TR-HIV com ênfase nos aspectos raciais, utilizaremos como norteadores dois documentos de domínio público e a análise dos repertórios linguisticos dos aconselhamentos audiogravados. Mais do que uma proposta fechada sobre o formato das capacitações (que podem incluir apoio matricial, oficinas, reuniões clínicas, entre outros meios) na educação permanente em saúde, as formações dos/as de profissionais de saúde devem enfocar diretamente as relações raciais e o cuidado público em saúde e que problematize o emprego de discursos institucionalizados sobre a sexualidade da população negra (sejam homens ou mulheres).

Palavras-chave: Aconselhamento, Educação Permanente em Saúde, Racismo Institucional, TR-HIV; Prevenção Combinada

Abstract: This article aimed to outline ways to build a proposal for racially oriented counseling for rapid HIV testing within the combined prevention strategy. We adopted, as a theoretical reference, the discursive practices and production of meaning, one of the aspects of social psychology with a constructionist basis. For the construction of the counseling proposal for TR-HIV with emphasis on racial aspects, we will use as guides two documents in the public domain and the analysis of the linguistic repertoires of audio-recorded counseling. More than a closed proposal on the format of training (which may include matrix support, workshops, clinical meetings, among other means) in continuing health education, the training of health professionals should directly focus on racial relations and the public health care and that problematizes the use of institutionalized discourses on the sexuality of the black population (whether men or women).

Key-words: Counseling, Permanent Health Education, Institutional Racism, TR-HIV; Combined Prevention

**Introdução**

O aconselhamento para a testagem rápida em HIV (TR-HIV) está, atualmente, incluído nas práticas de prevenção combinada que associam estratégias de prevenção biomédicas, comportamentais e estruturais para redução das vulnerabilidades ao HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Brasil, 2017a).

Segundo Rafael Malágon-Oviedo & Dina Czeresnia (2015), o conceito de vulnerabilidade para o enfrentamento da infecção pelo HIV foi proposto para superar o conceito de risco, complexificando a ações de prevenção ao HIV para os diversos aspectos da vida (individuais, sociais e institucionais/programáticos).

A vulnerabilidade individual se refere a dificuldades pessoais provenientes das vivências subjetivas para colocar em prática comportamentos preventivos contra a infecção pelo HIV/aids. A vulnerabilidade social engloba os contextos socioeconômicos e políticos que impactam na possibilidade de maior acesso aos meios de prevenção. Já a vulnerabilidade programática ou institucional está ligada às barreiras que os serviços de saúde podem criar ao acesso aos insumos e tecnologias de prevenção, através do nível de implantação e/ou implementação das políticas e programas de enfrentamento do HIV/aids. ( Ayres et al, 2003; Malagón-Oviedo & Czeresnia, 2015; Fernandes et. al., 2017).

Ampliando o estudo sobre vulnerabilidade, José Ricardo Ayres (2011, p. 36) propôs também para o campo de investigação do HIV/aids o conceito de cuidado público, que é um "conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover os meios de superá-las". Assim, para o autor, o cuidado público tem quatro eixos de direcionamento: necessidades, finalidades, articulações e interações. Nesse sentido, o aconselhamento, como cuidado público, pode ser inserido na linha de necessidades que orienta a qualidade da escuta ao/à usuário/a para uma resposta a sua necessidade que não se limite somente ao campo biomédico. O aconselhamento em HIV/aids também pode compor a linha de cuidado público no eixo das interações, que enfatiza encontros dialógicos potentes entre os/as participantes da atenção à saúde, seja no âmbito pessoa a pessoa ou das equipes com as comunidades (Ayres, 2011).

Vimos na revisão de literatura da tese “Práticas discursivas de aconselhamento na Testagem Rápida para HIV em grandes eventos na cidade de Salvador-Bahia: um olhar para o racial” (Brito, 2022), que gerou este artigo, que o aconselhamento para a TR-HIV, em relação aos estilos de (realizado em um só encontro) ou dois (realizado em mais de um encontro) são pertinentes e que trazem benefícios para o acesso à prevenção de infecções transmissíveis sexualmente (ITS). No Brasil, há mais relatos de pesquisas sobre o aconselhamento pontual, sugerindo a hipótese de que realizamos mais esse estilo de atendimento. Os aconselhamentos extensos são mais comumente realizados no âmbito estrangeiro ao Brasil. São organizados em atendimentos estruturados que variam de cinco a dez sessões, como relatam Seth Kalichman et al (2014) e Phillip Coffin et al (2014), só para citar alguns. Nesse tipo de aconselhamento a principal técnica aplicada foi a entrevista motivacional e com diversidade nos grupos estudados, em diferentes países, como China, Estados Unidos e Africa do Sul.

Sob a lógica da estratégia de prevenção combinada, o aconselhamento deve ser ágil e não compulsório, ou seja, todos/as que desejam se testar não devem obrigatoriamente ser aconselhados/a antes do teste. Caso a pessoa queira participar, o aconselhamento deve ser direcionado a levantar as formas de prevenção que são mais apropriadas, possíveis de serem colocadas em prática no seu dia a dia e, por fim, mais propícias a serem efetivadas com maior frequência no cotidiano do aconselhando/a (Brasil, 207a). No Brasil, os meios de prevenção, em que o aconselhamento se inclui, na estratégia de prevenção combinada está assim conceituada:

> uma estratégia de prevenção que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicadas no nível de indivíduos, de suas relações e dos grupo sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (Brasil, p.18, 2017a).

A intervenção biomédica diz respeito tanto ao uso de barreiras físicas - preservativos internos e externos - quanto ao uso dos antirretrovirais (ARV), como forma de prevenção para diminuir a infectividade do HIV, através da profilaxia pré- exposição (PrEP) ou a profilaxia pós-exposição (PEP). Também faz parte da intervenção biomédica o tratamento de todas as pessoas, isto é, que todas as pessoas infectadas pelo vírus HIV, independente da carga viral, estejam utilizando ARV e o tratamento como prevenção, já que as pessoas que vivem com HIV, que fazem uso dos ARV, de acordo com o que foi prescrito, podem ficar intransmissíveis, ou seja, não transmitir o vírus, em caso de alguma relação sexual desprotegida. As intervenções estruturais estão no enfrentamento do combate ao preconceito,

discriminação e intolerância sociais que possam aumentar as vulnerabilidades de determinados grupos sociais. As intervenções comportamentais na prevenção combinada, então, têm o foco em abarcar as situações singulares da vida afetivo-sexual das pessoas (Brasil, 2017a, p. 20)

De acordo com Wedna Galindo et al (2013), para superação dos obstáculos presentes na prática do aconselhamento promovido no Brasil, deve-se rever a formação dos /as profissionais, enfatizando o envolvimento reflexivo dos/as participantes e fortalecendo "a autonomia do profissional e de principios democráticos" (Galindo et al, 2013 p. 755). Há necessidade de que essa formação seja feita de modo permanente, inclusive para os que já trabalham na área, com inclusão de temas referentes ao HIV, políticas públicas desse campo, subjetividade dos/as aconselhadores/as e dos/as aconselhandos/as, tecnologias de cuidado e organização do trabalho nas Unidades de Saúde, frisando a necessidade de se "assumir compromisso ético-político e não reduzir a formulação do aconselhamento a um conjunto de orientações técnicas" (Galindo et al, 2013, p.140). Assim, os/as pesquisadores/as propõem uma virada na concepção de aconselhamento, saindo da perspectiva mais individualizante para a social, em que a realidade social e complexidade da vida das pessoas sejam o mais ressaltado no aconselhamento e não o contrário (Galindo el al, 2013).

A prevenção combinada está inserida no "terceiro momento na evolução paradigmática dos modelos de prevenção do HIV" (Brasil, 2017a, p. 24), em que a divisão entre prevenção e tratamento foram flexibilizadas, havendo, desse modo, a introdução dos medicamentos antirretrovirais, que eram usados exclusivamente nos tratamentos, agora são inseridos como estratégia de prevenção (Brasil, 2017a).

No documento que apresenta as diretrizes para organização do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde, as ações contra o racismo estão citadas como estratégias estruturais para o enfrentamento ao HIV. A população negra está incluída como população prioritária - grupos populacionais que devem receber uma atenção mais específica - visto que as vulnerabilidades sociais e programáticas aumentam o risco de as pessoas negras se infectarem pelo HIV (Brasil, 2017b).

As pessoas negras apresentaram os piores resultados na cascata de cuidado em relação à raça/cor branca - 88% dos/as negros/as que sabiam da sua soropositividade para o HIV estavam vinculados a algum serviço de saúde, 84%, estavam em uso de antirretroviral e 75%,

em supressão da carga viral, que é a carga viral não detectável nos exames dos/as soropositivos/as, o que os/as caracteriza como pessoas vivendo com HIV (PVHIV) que não transmitem o vírus. Esses números, quando referentes a pessoas brancas, apresentaram os seguintes resultados: 93% que sabiam da sua soropositividade estavam vinculadas ao serviço de saúde, 90%, em uso de antirretroviral e 81%, em supressão da carga viral. Assim, no grupo de pessoas brancas, o Brasil já teria atingido parcialmente a meta 90-90-90. Mas no grupo de pessoas negras essa meta não foi alcançada em nenhum dos indicadores propostos (Brasil, 2021). Na mesma direção de marcar a diferença entre a incidência de HIV/aids e as variáveis raça/cor e gênero, no Brasil, o Boletim Epidemiológico de Aids de 2021 registra:

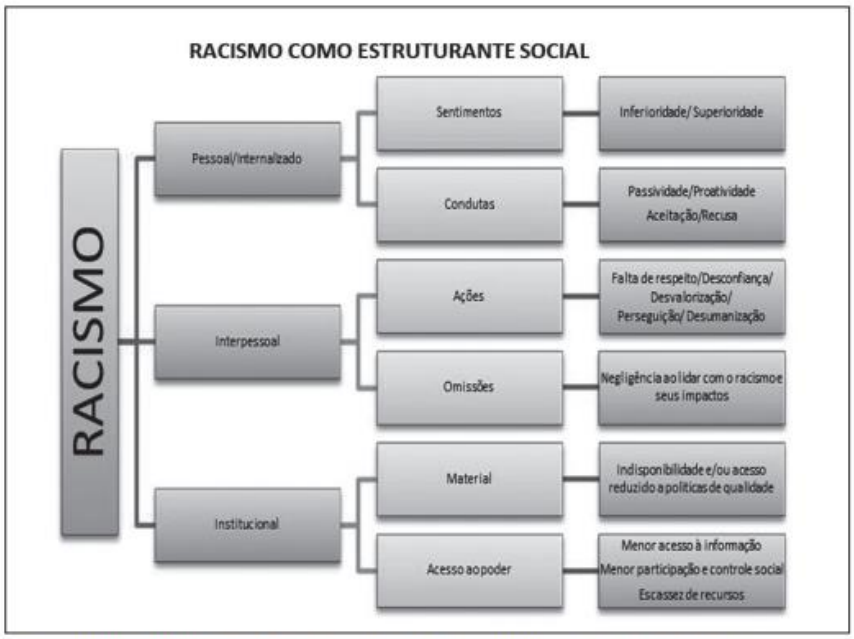
> Com relação à raça/cor autodeclarada, observa-se que, entre os casos registrados no Sinan, no período de 2007 a junho de 2021, 39,4% ocorreram entre brancos e 51,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,9% e 40,8%, respectivamente). Entre os homens, 40,9% dos casos ocorreram em brancos e 50,3% em negros (pretos, 10,0% e pardos, 40,3%); entre as mulheres, 35,9% dos casos se verificaram em brancas e 55,1%, em negras (pretas, 13,0% e pardas, 42,1%) (Brasil, 2021).

Quais condições, princípios e práticas sustentam essas diferenças entre os grupos populacionais brancos e negros, no Brasil, em relação à prevenção combinada em HIV/aids? Como tem sido abordado em documentos oficiais e que, supomos, resvala nas práticas de aconselhamento, o pertencimento racial em suas relações com o gênero e classe social no que diz respeito à prevenção combinada de HIV? Quais as recomendações que podemos evidenciar, a fim de dar mais visibilidade e resolutibilidade para alcance da meta 90-90-90 entre os grupos populacionais em relação à raça/cor, considerando a experiência histórica do aconselhamento em tempos de grandes avanços biotecnológicos em HIV/aids?

Estas inquietações estão sendo alimentadas na referida tese (Brito, 2022), que tem como objetivo geral compreender as práticas discursivas no aconselhamento para a testagem rápida para HIV en grandes eventos na cidade de Salvador-Ba, com ênfase na dimensão racial. Entre os subsídios teóricos que a sustentam e que também fundamentam a proposta dessa comunicação, temos recorrido aos escritos de Sílvio Almeida (2018), uma vez que defendemos que, nas práticas de cuidado em HIV/aids, onde se incluiu o aconselhamento, opera o racismo estrutural.

Os dados epidemiológicos citados são pontos de partida concretos que nos incentivam a discutir o racismo estrutural e seus efeitos em âmbitos mais microssociais, como são os encontros e desencontros nos aconselhamentos em HIV/aids. Para Silvio Almeida (2018, p. 27), racismo estrutural “é um processo em que as condições de subalternidade e de privilégio

se distribuem entre grupos raciais e se reproduzem nos âmbitos de política, da economia e das relações cotidianas". Nesse sentido, o racismo se consolida nas instituições e nas vivências cotidianas, como bem sintetiza Jurema Werneck (2016) no quadro abaixo, em que o racismo, como estruturante social, se apresenta nas instituições interpessoais através da falta de respeito, do atendimento com descrédito ao que está sento relatado pelos/as usuários/as com palavras e sentenças desumanizadoras. Também o racismo interpessoal se apresenta pelas omissões como a negligencia em tratar os impactos do racismo na saúde das pessoas e também está internalizado, está na subjetividade de todos/as nós.




*Fonte*: Racismo Institucional e Saúde da População Negra (Werneck, 2016, p.542).

Nessa direção, no âmbito da saúde, onde se desenvolve a prática de aconselhamento em HIV/aids, temos que refletir sobre os efeitos do racismo dentro dessas instituições. Por sua vez, ressaltamos a noção do racismo institucional e seus efeitos, segundo o Comitê de Combate ao Racismo Institucional (2006, p. 22):

> o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem social ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações.

Em seu artigo sobre a vulnerabilidade de mulheres negras ao HIV/aids, Naila Santos (2016) aponta a necessidade de enfrentamento ao Racismo Institucional no campo do HIV/aids, através do visibilização desse tipo de racismo dentro da saúde, na formação de profissionais para que, mobilizados/as ante a temática, possam alterar suas práticas cotidianas. Para a autora, essas modificações devem ser realizadas em parceria com a sociedade civil, a fim de que essas proposições não sofram descontinuidades com as mudanças nos cenários governamentais locais, visto que as entidades da sociedade civil organizada podem atuar como controle social dessa tão importante problemática – o enfrentamento do Racismo Institucional no campo do HIV/aids (Santos, 2016).

Um aspecto que cabe destacar, que só apareceu nos aconselhamentos TR-HIV, realizado durante o Carnaval de 2019 e 2020, para as mulheres negras, foi a dificuldade de acesso ao serviço de testagem no dia a dia, mais discutido em outro artigo da citada tese (Brito, 2022). Podemos apreender que, para as mulheres negras, a dificuldade de acesso a esse serviço também pode ser um fator para que elas realizem o aconselhamento e a TR-HIV, durante o Carnaval, por não conseguirem fazer esse teste durante o ano, em locais próximos de onde residem.

Os dois estudos acima sintetizados apontam caminhos que podem explicar os dados do boletim epidemiológico de HIV/aids de 2021, onde se registra que, em 2020, houve 10.417 óbitos decorrentes de Aids. Desse total, quase 62% das mortes ocorreram entre negros/as. Entre as pessoas brancas, houve diminuição de 10 pontos percentuais e entre as pessoas negras houve aumento de 10 pontos percentuais na mortalidade por Aids (Brasil, 2021). Tal diferença de mortalidade, que teve um incremento de dez pontos percentuais, pode ser compreendida a partir da noção de racismo institucional, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, menor acesso à informação para um início de tratamento mais precoce e de sua manutenção. Vimos acima que a população negra tem menor índice na cascata de cuidado em relação à população branca, que resvala na maior probabilidade de ir a óbito por uma infecção que atualmente, do ponto de vista biomédico, conta com alto poder de controle . Isso se deve ao racismo estrutural no campo da saúde.

Podemos, desse modo, anunciar que há a necessidade de fazermos um aconselhamento racializado para a população negra, dentro do âmbito da prevenção combinada. Na direção de que os/as profissionais que atuam nessa atividade percebam e atuem com reflexões dialogadas que devem estar consoante com as orientações do mais atual Manual de Aconselhamento

(Brasil, 2017a), no qual a população negra é vista como um segmento populacional prioritário. No entanto, é preciso ultrapassar a leitura epidemiológica de risco (é fundamental, afirmamos que a incidência é maior e significativa na população negra em relação a outros grupos) e fundamentar o aconselhamento em HIV/aids em concepções de vulnerabilidades e marcadores sociais em processos dialógicos e críticos da própria prática de aconselhar, como discutido em outro artigo da tese (Brito, 2022).

Apesar da consolidação da imagem do Brasil, como referência mundial para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids, o enfoque racial, que é um aspecto preponderante na nossa sociedade, sempre esteve à margem da formação dos/as profissionais aconselhadores/as.

**Método**

Adotamos, como referencial teórico, as práticas discursivas e produção de sentido, uma das vertentes da psicologia social de base construcionista, como elaborado por Mary Jane Spink e Benedito Medrado (2013), notadamente através da análise dos repertórios linguísticos, que são "o conjunto de temas, descrições, lugares-comuns– que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos" (Spink & Medrado, 2013, p.121). As investigações construcionistas também se propõem a desfamiliarizar os temas de estudo, visto que partem do pressuposto que tudo o que vivenciamos são resultados de construções sociohistóricas e não de verdades absolutas, e que também não estão situadas em nenhuma realidade externa onde não haja a inclusão de participação das pessoas, pois, ao mesmo tempo em que vivemos, construímos e modificamos a realidade. Com base nessa afirmação, as/os pesquisadores da vertente construcionista não advogam verdades e estão atentos/as aos posicionamentos morais da investigação científica. Como afirmam Spink, Medrado, Méllo (2014, p. 17), "trata-se de entender a historicidade (condições de possibilidades) de nossas práticas e das teorias que construímos sobre elas, situando-as como produtos humanos histórica e socialmente localizados".

Os repertórios linguísticos são essenciais às investigações das práticas discursivas, pois pode-se, por meio destes, ter acesso à constância, como também às mudanças nas produções sociais expressas na linguagem (Spink e Medrado, 2013). As investigações dos repertórios linguísticos contêm a noção de três tempos, sendo, então, possível fazer desde uma microanálise até uma análise histórica. Assim, Spink e Medrado (2013, p. 121) nos apresenta:

> Resumidamente, então, o Tempo Longo é o domínio da construção dos conteúdos culturais que foram parte dos discursos de uma dada época. Permite que nos familiarizemos com os conhecimentos produzidos e reinterpretados por diferentes domínios do saber: religião, ciência, conhecimentos e tradições do senso comum, entre eles. O Tempo Vivido é o tempo de ressignificação destes conteúdos históricos a partir dos processos de socialização. É o tempo de vida de cada um de nós; tempo da memória na qual enraizamos nossas narrativas pessoais e identidades. O Tempo Curto é o tempo da interanimação dialógica e da dinâmica da produção de sentidos. É nesse tempo que se presentificam as diferentes vozes ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória pessoal do tempo vivido.

Para construção da proposta de aconselhamento para TR-HIV com ênfase nos aspectos raciais, utilizaremos como norteadores dois documentos de domínio público. Consideramos os documentos analisados de domínio público porque "são produtos *em tempo* e componentes significativos do cotidiano; complementam, completam e competem com a narrativa e a memória", como define Peter Spink (2004, p.81). Para Peter Spink et. al. (2014, p. 213), os documentos públicos refletem "pelo menos, três práticas discursivas: a peça de publicação; as razões de tornar público, incluindo os endereçamentos; e o relato que é tornado público - seu conteúdo". (Quadro 01).

**Quadro 01: Documentos brasileiros norteadores para construção da proposta de aconselhamento em TR-HIV**

| **Documento** | **Autoria** | **Ano de Publicação** | **Objetivo** |
|---|---|---|---|
| Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS | Ministério da Saúde do Brasil | 2013 | Propor ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para a população negra |
| Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde | Ministério da Saúde do Brasil | 2017 | Apresentar as bases conceituais da Prevenção Combinada orientação dos/as profissionais de saúde |

Fonte: elaboração própria (2022)

Em um segundo momento de análise, antes de sugerir os eixos basilares para um aconselhamento orientado racialmente, usaremos diálogos de aconselhamento em HIV e outras ITS entre profissionais e usuários/as para fundamentar a referida proposta. Nessa direção, os resultados e discussão estão pautados em duas estratégias de análises de práticas discursivas.

**Resultados e discussão**

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um documento que pretende expressar as iniquidades em saúde que afetam as pessoas negras. Essas desigualdades são fruto dos processo de injustiça e exclusão social, cultural e econômica, que perpassam a história dessa população em nosso país (Brasil, 2013).

> "a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra define os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltados para a melhoria das condições de saúde desse segmento da população. Inclui ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra" (Brasil, 2013, p. 7).

No referido documento, logo na primeira diretriz está descrito que os temas relacionados ao racismo e saúde da população negra devem estar incluídos na formação e na educação permanente dos/as profissionais e trabalhadores/as da saúde. O documento acrescenta que a formação dos/as profissionais deve englobar os temas referentes ao combate às discriminações, interseccionado com o sexismo e a LGBTfobia (Brasil, 2013).

O segundo documento sobre prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde (Brasil, 2017a) orienta que os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Serviços de Atenção Especializada (SAE) são espaços de formação, apoio matricial para a Atenção Básica, ou seja, os/as profissionais dessas unidades deverão ser facilitadores/as de um processo de educação permanente para outros/as profissionais no temas referentes à prevenção ao HIV/aids.

Os CTA são espaços em que têm como função dar acesso ao diagnóstico mais precoce de infecções sexualmente transmissíveis (IST), através da disponibilização de Teste e Aconselhamento para a população de um determinado município. Além de ofertar testagem e aconselhamento, deve realizar a busca ativa e trabalho de campo para populações-chave e prioritárias mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids. Está prevista nas atividades dos CTAs o apoio matricial às equipes da Atenção Básica (AB). Esses equipamentos devem facultar o

anonimato, o aconselhamento pré-teste, não obrigatório, e extensão do horário de atendimento até a noite. Devem oferecer ainda a intervenção biomédica (preservativos, gel lubrificante, tratamento das IST, PrEP e PEP e imunização), além da parceria com a sociedade civil na execução das suas atividades (Brasil, 2008, 2020).

Os SAE são unidades de saúde ambulatoriais, que visam atender, de modo integral, às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Para isso, conta com uma equipe multiprofissional que deve atender usuários/as e seus familiares (Brasil, 2013). O SAE e o CTA devem ofertar apoio matricial aos/às profissionais da Atenção Básica (AB). No que está proposto pelo documento, o processo de ensino-aprendizagem deve estar calcado na vivência, nos problemas cotidianos dos/as profissionais de saúde sobre determinado tema, com o conceito de ensino problematizador. Isto é, na realização de uma crítica conjunta (educadores/as e educandos/as) sobre o processo de trabalho, gerando uma aprendizagem significativa, que faça sentido para os/as participantes e que traga maior desejo de aprender a quem está participando (FIOCRUZ, 2009).

Unindo o que propõe a PNSIPN e o papel dos/as profissionais das equipes dos CTA e SAE na prevenção combinada com os resultados apresentados na referida tese (Brito, 2022), vamos delinear uma proposição de aconselhamento orientado racialmente de testagem rápida de HIV dentro da estratégia de prevenção combinada.

Lembrando que o aconselhamento acontece no tempo curto (da interação), como conceituou Spink e Medrado (2013), do encontro presencial espontâneo, que, por sua vez, atualiza discursos e práticas discursivas construídas nos tempos longo e vivido, do que é ser negro/a na nossa sociedade e seus efeitos no campo do cuidado e direito à saúde.

Antes de seguir, propomos que um conceito que sustente o método adotado nas capacitações seja o de “desfamiliarizar”, como conceituado por Mary Jane Spink e Rose Mary Frezza (2013), sobre a produção de conhecimento que é des-naturalizar o que investigamos, tendo o discernimento de que os aspectos psicossociais estão imersos nos contextos históricos e sociais que foram produzidos. Estamos considerando que os discursos estigmatizantes e preconceitos, que envolveram a pandemia e HIV/aids nos últimos 40 anos, estão arraigados em discursos institucionalizados (tempos longo e vivido), que a maioria de nós não se dá conta, em um processo continuo de reprodução. Nesse particular, o que propomos é que os encontros de capacitações sejam momentos dialógicos, que coloquem em suspenso esses discursos institucionalizados, ao tempo que permitam a produção de novos sentidos. Podemos

exemplificar com um trecho de um dos diálogos de aconselhamento, audiogravados, que dá visibilidade a expressões de racismo interpessoal (Brito, 2022).

Na Cena 01, a aconselhadora está entregando o resultado a um homem negro, como se pode observar no fragmento em destaque, a expressão racista :

A: e com sua namorada, você usava camisinha com ela?
M: uso
A: usa? Sempre, às vezes?
M: eu fiz vasectomia, eu sempre uso
A: fez vasectomia...você já tem filhos?
M: tenho dois
**A: agora que tá com vasectomia tá solto, hein?**
**M: mesmo assim eu fico, fico com medo**
A: por conta das doenças né? ...

No trecho em destaque, a frase sugere a hiperssexualização do homem negro "***agora que tá com vasectomia tá solto, hein?"***, como se o fato de esse homem ter feito a vasectomia o liberasse para exercício dessa sexualidade exacerbada. O discurso da hipersexualização do corpo negro não dá margem a novas construções sobre vasectomia e prevenção de HIV/aids, em que ela pode proteger ou vulnerablizar este homem? Em nada poderia proteger, poderia até aumentar sua vulnerabilidade já que não corre mais risco de gerar mais filhos/as e se despreocupar com o uso de preservativo, por exemplo. Mas não é isso que mobiliza o dialogismo entre eles (aconselhadora e aconselhando), ela usa um marcador de tempo, "agora" para reforçar algo que reproduz um discurso institucionalizado, que não foi capaz de gerar um novo sentido, por falta de habilidade, ou melhor, de letramento racial crítico. Como propõe Lia Schucmam (2015) o letramento racial percorre cinco passos, que podem ser aplicados também na atuação dentro do aconselhamento, que são a saber: o reconhecimento da branquitude, ou seja, que o simples fato de ser branco, no Brasil, já concede privilégios e facilidades na vida das pessoas brancas; o segundo passo do letramento racial[4] é saber que o racismo é um legado histórico, mas também um problema atual, que está presente a todos os momentos em nossa vida, nas relações interpessoais e institucionais e que as práticas racistas que são aprendidas. O quarto passo é ter ciência de como se aplica o vocabulário racial, ou seja, quais expressões são racistas ou antirracistas. Por fim, ter a capacidade de perceber quando fazemos ou testemunhamos expressão de racismo e não tentar disfarçar ou desculpar essas práticas racistas.

[4] **conceito de letramento racial** é a proposta de desenvolver a capacidade de **interpretar códigos e práticas racistas** que estão no nosso dia a dia (Schucmam, 2015)

Por sua vez, a reafirmação da hipersexualidade só aumenta a vulnerabilidade desses homens e os prendem a apenas um papel social, que é legitimado a exercer. Esse aspecto é similar às reflexões de Daniê de Jesus e Gabriel Oliveira (2021) sobre descrição da sexualidade de homens negros em contos homoeróticos populares. Segundo os autores, essa memória discursiva vem desde o periodo colonial, quando o trabalhador braçal era visto também como potente sexual - uma das expressões do racismo, advinda até antes do período escravocrata no país - que atribui a esse homem negro aspectos animalizados, retratando o negro, também na sexualidade, como um reprodutor incansável, uma máquina de fazer sexo.

Nas Cenas 02 e 03, vamos contrastar o diálogo da mesma aconselhadora (branca) com uma mulher negra (Cena 02) e uma mulher branca (Cena 03) sobre parcerias sexuais:

> Cena 02
>
> F: ano passado, eu tava lá frente, eu chorei tanto, eu fiz sei lá, sem ta
> A: achando que não ia dar nada, mas você fez o tratamento direitinho?
> F: fiz, quando eu tive filho, tomei direitinho
> A: ah, você teve filho depois que, depois do Carnaval?
> **F: quando eu vim eu estava grávida e eu tô de novo**
> **A: é mesmo? (risos) gostou, hein?**
> **F: tu é doid**o
>
> A: mas você precisa ir fazer o pré-natal, não é porque você não quer e se depois acontecer alguma coisa na hora do parto, você tem que saber de tudo
> F: não acontece nada, essas meninas, sacizeiras, drogadas, não faz nada, não acontece nada, não vai acontecer nada, tia!
> A: não! Olhe bem, você vê, tem gente que toma um tiro e morre e tem gente que toma seis tiros e não acontece nada e, às vezes as pessoas que não tem nada a ver e assim morre, a gente não sabe, tem que fazer o pré-natal, mesmo que você não esteja querendo, né? pra nascer saudável e nascendo com doença, você já não ta querendo imagina se nasce um criança doente
> **F: é**
> **A: é do mesmo pai?**
> **F: é**
>
> Cenas 03
>
> A: No último ano você transou com quantas pessoas (nome da aconselhanda suprimido)
> C: eu perdi minha virgindade há dois dias atrás ((risos))
> A: ahn?
> C: eu perdi minha virgindade há dois dias atrás
> A: foi mesmo?
> C: sim( ) o resto que tinha
> **A: ((risos)) entrou no mundo dos que não são mais virgens**
> **C: é, com duas pessoas diferentes**
> **A:mentira**
> **C: é**
> **A: foi mesmo? entrou arrasando, hein?**
> **C: foi tudo tranqüilo**
> **A: foi tranqüilo?**
> **C: foi**
> **A: foi com uma pessoa que você queria?**

C: ah, eu queria, então
A: ahn...mas não era parceiro fixo?
C: não, não
A: não, você namorou porque você quis, consciente
C: é, foi bem consensual
**A: ((risos)) entendi. Mas assim, você está começando sua vida sexual procure colocar como um hábito né o uso do preservativo**
**C: sim**
**A: porque, é, te vai/vai te dar mais tranquilidade, uma proteção**
**C: sim, sim**
A: uma prevenção né? a gente tem muita informação, mas na hora do vamo ver...
C: é, ( ) não vou mais fazer
**A: Carnaval tá desculpado, mas procure fazer disso um hábito ou se não for usar que você procure outras formas de prevenção, né? de conversar, de saber é**
C: não eu vou ficar com a camisinha mesmo
A: é mais tranqüilo de lidar
C: não é só anticoncepção, né?
A: é

Na Cena 02, a aconselhadora no atendimento a uma jovem negra em dois momentos reafirma a construção social de que as jovens negras como "reprodutoras" em potencial, visto que, quando a jovem expressa que está grávida de novo, a aconselhadora pergunta se ela gostou. Será mesmo que ela gostou? Ou não teve acesso às informações e acesso concreto aos métodos contraceptivos apropriados?. São conhecidas as dificuldades de acesso à saúde vividas pelas mulheres negras, sendo assim, devemos planejar ações que vão ao encontro dessas pessoas. Em outro trecho, por qual motivo, a aconselhadora, pergunta se a segunda gestação é do mesmo parceiro? A pergunta denota que essas jovens negras trocam de parceria frequentemente. Mais uma vez a conversa entre a jovem e a aconselhadora nos permite flagrar e discutir o racismo estrutural que pode vir à tona em quaisquer situações, que envolvam uma pessoa negra, sobretudo se esta estiver no papel de alguém que está a buscar atendimento, atenção ou cuidado, como no caso em tela. Esse trecho corrobora com o estudo de Laura López (2011) sobre mulheres negras e vulnerabilidade ao HIV, em que a autora relata a hiperotização do corpo feminino.

Na Cena 03, sobre o mesmo tema- parcerias sexuais- percebemos uma condescendência e um elo afetivo demonstrada pela aconselhadora, com uma leveza ao abordar a primeira experiência sexual da aconselhanda. Inclusive, mesmo revelando não ter usado nenhum meio de prevenção, a aconselhadora, sem pré-julgamentos, ainda "absolve" a deslizada da aconselhanda: "Carnaval tá desculpado". Esta absolvição sugere um encontro hierárquico entre a profissional e a usuária. Hierárquico porque a profissional se coloca como quem pode julgar e absolver o comportamento da usuária. Além disso, parece operar aqui o

que Cida Bento (2002) define como pacto narcísico, de uma aliança inconsciente, de uma identificação afetiva que ocorre entre os/as brancos/as brasileiros/as.

Nessa direção, estes dois aspectos, registro de aconselhamentos em ato e a análise das práticas discursivas, através dos repertórios interpretativos, sugerem que as capacitações dos/as de profissionais de saúde, problematizem diretamente as relações raciais e o cuidado público em saúde. Mais do que uma proposta fechada como formatar as capacitações (que incluem apoio matricial, oficinas, reuniões clínicas, entre outros meios) na educação permanente em saúde, destacamos aqui alguns pontos que devem estar presentes:

1) A importância de solicitar e levar em consideração a autodeclaração do/a usuário/a;
2) A consciência de pertencimento racial (de gênero e social) dos/as profissionais e os impactos em seus atendimentos, e gostaríamos de sugerir em sua vida pessoal e não apenas profissional;
3) Letramento racial dos/as profissionais (já que não podemos eticamente esperar que os/as usuários/as cheguem conscientes do seu pertencimento racial; não é sua obrigação estar capacitado para lidar com o racismo institucional, mas defendemos que é uma obrigação histórica para os/as trabalhadores/as de saúde).
4) Priorização para que a/o profissional facilitador/a do processo de letramento racial faça parte da população negra, como já sugerem Rita Helena Borret et al (2020)

Fomentando esses quatros pontos basilares, talvez nos aproximemos de um aconselhamento antirracista orientado, que tem como ponto de partida a epidemiologia dos riscos, como meio para a compreensão de vulnerabilidades e um como ponto de chegada a superação da hierarquia e privilégios (simbólicos e materiais) decorrentes das diferenças de pertencimento racial (com suas interseccionalidades) no campo da prevenção combinada de HIV/aids e outras IST.

Para a efetivação da Educação Permanente proposta, após a realização desses encontros, deve-se construir um cronograma anual (com periodicidade mensal) para reuniões de equipe da Atenção Básica, oportunidades em que deverão ser discutidos casos sobre os aconselhamentos realizados, destacando-se o enfoque racial e suas relações com demais marcadores. Realizada as reuniões conjuntas programadas para cada mês, os/as profissionais poderão fazer uma avaliação sobre o processo de apoio matricial realizado durante o ano.

**Considerações finais**

Neste artigo apresentamos o modo como operam o racismo institucional e interpessoal em encontros concretos de aconselhamento em HIV/aids, com o destaque para o fato de que eles foram audiogravados em ato, sem a presença da pesquisadora. O destaque da análise de alguns dos diálogos alicerçam a urgência da educação permanente, que problematize o emprego de discursos institucionalizados sobre a sexualidade da população negra (sejam homens ou mulheres), falta de letramento racial das/os aconselhadores/as e as condições de possibilidades hierárquicas e de privilégios entre grupos raciais, que impune e imprudentemente emergem em tais encontros.

Concordando com as diretrizes apresentadas por Galindo et al (2013), a formação além de permanente, deve estar atenta a abarcar aspectos da subjetividade dos/as profissionais, demonstrando que há um compromisso ético-político no fazer do aconselhamento, saindo ponto de vista individualizante para abarcar o contexto racial, de gênero e social.

**Referências**

Almeida, Silvio Luiz (2018). **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte- MG: Editora Letramento.

Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2011). O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: Pinheiro, R. & Silva Júnior, A.G. (orgs). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum integralidade das ações na saúde.** 1. Ed. Rio de Janeiro – RJ: IMS/UERJ – Cepesc, p. 27-44

Bento, Maria Aparecida Silva (2022). Branqueamento e branquitude no Brasil. In: Carone, I & Bento, M.A.S (orgs). **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil.** Petropólis – RJ: Editora Vozes , p. 25-58

Borret, Rita Helena et al (2020). Reflexões para um prática em saúde antirracista. **Rev. Bras. Med. Fam Comunidade,** vol. 44 (sup. 1): e0148

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2008). **Contribuições dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnostico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gesstão Estrtágica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (2013). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma politica para o SUS.** 3. Ed. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilência, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/aids e das

Hepatites Virais (2017a). **Prevenção Combinada do HIV – bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde**. 1. Ed. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilência, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/aids e das Hepatites Virais (2017b). **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde

Brasil, Ministério da Saúde (2020). **Ministério da Saúde e OPAS discutem reestruturar centros de testagem e aconselhamento.**www.aids.gov.br/pt-br/noticias

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021). **Boletim epidemiologico HIV/aids**. Número especial. Brasilia: Editora do Ministério da Saúde

Carvalho, Danilo et al (2021). Produção de Conhecimento sobre fenômenos psicossociais em tempos de COVID-19. **Rev Nova perspectiva sistêmica**, , v. 30, n. 70, p. 29-50. Recuperado de https://www.doi.org/10.38034/nps.v30i70.599

Coffin, Phillip et al (2014). Adapted personalized cognitive counseling for episodic substance-using men who have sex with men: a randomized controlled trial. **AIDS Behav**, vol. 18, pp. 1390-1400. Recuperado de DOI: 10.1007/s10461-014-0712-4

Departamento do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional (UK) (2006). **Identificação e abordagem do racismo institucional**

Fanon, Franz (2010). **Peles negras, máscaras brancas**. São Paulo – SP. UBU Editora.

Fernandes, Nilo et al (2017). Vulnerabilidades à infecção entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad saúde pública**, vol. 33, n.4, e00053415, pp. 1-9.

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). **Dicionário da educação profissional em saúde.**www.epsjv.fiocruz.br

Galindo, Wedna Cristina et al (2013). Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 3, n.23, pp. 741-761.

Jesus, Danie, Oliveira, G (2021). Questões étnico-raciais em discursos em torno da virilidade masculina negra em contos homoeróticos. **Trab ling aplic**, vol. 60, n.1, pp. 69-81

López, Laura (2011). Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/aids na perspectiva da interseccionalidade da raça e gênero. Saúde soc., vol. 20, n.3, pp. 590-603

Kalckmann, S et al (2007). Racismo Institucional: um desafio para equidade no SUS? **Rev saúde soc**, vol. 16, n.2, pp. 146-155

Kalichmann et al (2014). Setting the bar high or setting up to fail?Interpretations and implications of the explore study. **AIDS Behav**, vol. 18, pp. 625-633

Malágon-Oviedo, Rafael Antonio & Czeresnia, Dina (2015). O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.

Santos, Naila Janilde Seabra (20 16). Mulher negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc**, vol. 25, n. 3, pp. 602-618

Schucmam, Lia Vainer (2015). **Racismo e "branquitude" na sociedade brasileira.** https://agencia.fapesp.br/racismo-e-branquitude-na-sociedade-brasileira/20628/ Recuperado em 10/07/20200

Spink, Mary Jane & Frezza, Rose Mary (2013). Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da psicologia social. In: Mary Jane Spink (org). Benedito Medrado, Carlos André F Passarelli, Helena Lima, Lia Yara Lima Mirim, Mary Jane P Spink, Odette de Godoy Pinheiro, Peter Spink, Rose Mary Frezza & Vera Mincoff Menegon. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano.** Rio de Janeiro: Editora Cortez.

**Considerações finais da tese**

A presente tese teve como objetivo compreender as práticas discursivas no aconselhamento para a testagem rápida para HIV en grandes eventos na cidade de Salvador-Ba, com ênfase na dimensão racial. .

Mesmo com avanços e retrocessos no âmbito do aconselhamento para testagem de HIV, há uma escassez de estudos que se debrucem sobre o tema racial nesses encontros de prevenção entre usuários/as e profissionais. Este estudo visa contribuir para dar uma visibilidade a esse tema no campo do aconselhamento.

A tese, como um todo, tem uma introdução, onde apresento a revisão de literatura, fundamentação teórica e metodológica e estas considerações finais, que têm como função unir as partes que a compõem sem perder o sentido da tese como um texto único. Na revisão de literatura, organizamos os estudos sobre aconselhamento em tres agrupamentos; 1) pontual 2) extensivo; 3) avaliativos-críticos, retomamos a esta categorização aqui brevemente. Estudos sobre aconselhamentos que são realizados de modo pontual, são feitos em um só encontro, os estudos de aconselhamento extensivos dizem respeito aos que são feitos em dois ou mais encontros entre a pessoa e o profissional de saúde. Por fim, temos os estudos avaliativos-críticos, que contêm uma reflexão sobre a eficiência e eficácia dos aconselhamentos para TR-HIV.

No Brasil, há mais relatos de pesquisas sobre o aconselhamento pontual, sugerindo a hipótese de que realizamos mais esse estilo de atendimento. No entanto, há mais estudos, no país, de estudos avaliativo-críticos sobre estes fazeres, que incluem entre as críticas de como realizamos o aconselhamento: pouco tempo para a realização de atendimento, falta de preparo dos/as profissionais, imposição de uso de preservativos, em detrimento de reflexões sobre a complexidade dessa normativa, que incluam, ao menos satisfatoriamente, as dimensões do cuidado indicadas nos manuais de orientação aos/às profissionais de saúde para a realização da testagem em HIV: educativo, emocional e de avaliação de risco (Brasil, 2005). Em relação aos estilos de atendimentos, pontual ou extenso, destacamos que ambos são pertinentes e que trazem benefícios para o acesso à prevenção de infecções transmissíveis sexualmente (ITS).

Os principais resultados dessa tese estão organizados em três artigos. O primeiro artigo teve como objetivo analisar os discursos institucionalizados sobre aconselhamento para a testagem e detecção da infecção pelo HIV, em manuais elaborados pelo Ministério da Saúde

do Brasil. Partimos de uma perspectiva da psicologia social construcionista e identificamos três documentos públicos, dos anos de 1996, 2000 e 2017. Os resultados dessa análise demonstram uma mudança significativa ao longo do tempo e de cada manual, passando de uma orientação de prevenção mais individualista, ampliando para a prevenção pautada na vulnerabilidade individual e social e, atualmente, sendo orientada, adaptada à vivência das populações-chave para se realizar o aconselhamento. Podemos destacar o aconselhamento como uma prática significativa e que foi crescendo em capilaridade passando da atenção especializada a primária, quando sai do cenário, e as tecnologias biomédicas ficam mais destacadas em relação às comportamentais e/ou subjetivas e educativas. A noção de prevenção combinada parece surgir com força e se estabelece no campo de cuidado em HIV/aids. Somente no terceiro manual, a população negra aparece como segmento de atenção no aconselhamento - depois de 21 anos da primeira publicação sobre o tema.

Não podemos negar que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) aprovada em 2008, e publicada em 2009, também contribuiu para que esse segmento populacional fosse visibilizado nas ações dentro do campo de HIV/aids. A PNSIPN reconheceu as disparidades étnico-raciais do país como contributivas significativamente para o adoecimento e morte dos/as negro/as brasileiros/as. Segundo Deivison Faustino (2017), a PNSIPN através de uma atuação com a especificidade desse grupo populacional, contribui para o fortalecimento da compreensão da universalização do direito à saúde. A universalidade seria, então, uma “articulação das necessidades e interesses particulares” (Faustino, 2017, p. 3837).

Faz-se necessário lembrar também que estava prevista na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2007) a articulação com as organizações do Movimento Negro, para ampliação da testagem entre a população negra, bem como a formação e educação permanente dos/as trabalhadores/as da Saúde sobre a saúde da população negra e a prevenção ao HIV.

Os estudos sobre branquitude também podem explicar a ausência da preocupação com as vulnerabilidades da população negra para a infecção pelo HIV na construção dos manuais sobre aconselhamento em IST/HIV/aids. Esse silenciamento sobre a raça/cor das pessoas que participam dos aconselhamentos no SUS, homogeneíza o atendimento e mantém as iniquidades em saúde para a população negra. Quando não se demarca a raça/cor, colocamos o padrão da raça branca como orientador das ações em saúde (Alexander, 2021).

O segundo artigo teve como objetivo analisar os repertórios linguisticos das práticas discursivas de aconselhamentos para Testagem Rápida para o HIV (TR/HIV) no Carnaval de Salvador-Bahia, com ênfase na dimensão racial. Analisamos 36 (trinta e seis) aconselhamentos, realizados em três dias de trabalho de profissionais, no Carnaval de 2019, em Salvador. Esses aconselhamentos foram audiogravados durante a entrega do resultado de sorologia para o HIV. Neste artigo, apresentamos como opera o racismo institucional e interpessoal em encontros concretos de aconselhamento em HIV/aids, com o destaque para o fato de que eles foram audiogravados em ato, sem a presença da pesquisadora.

As análises, com base nos repertórios linguísticos, enfocaram o marcador racial durante o atendimento. Como resultado, podemos destacar que os homens autodeclarados negros em situações de vulnerabilidade relatam a oferta sexual e a obrigatoriedade de responder a essa oferta. Paradoxalmente, quando eles têm poucas parceiras na vida também justificam, com um tom envergonhado, por não corresponder à expectativa de ter muitas parcerias sexuais. Por sua vez, as mulheres negras apresentam essas duas formas de vulnerabilidade social, que elevam a exposição ao HIV, quando explicitam durante o aconselhamento, vivência de relacionamentos violentos, sem possibilidade de negociação do uso de meios de prevenção e a dificuldade de acesso aos serviços de testagem e aconselhamentos no seu cotidiano.

O aconselhamento para TR-HIV, como foi ressaltado antes, deve ser constituído por três componentes: o educativo, o de apoio emocional e o de avaliação de risco. Nos aconselhamentos analisados, está presente, mas não de forma aprofundada, o componente educativo e avaliação de risco, contudo sem nenhuma reflexão da vulnerabilidade proveniente do aspecto racial, de gênero, de classe social, ou qualquer tipo de intercessão. Não encontramos o apoio emocional nesses aconselhamentos, visto que, este componente pode tornar os impactos sobre o resultado seja ele reagente ou não, mais significativo para quem participa.

Por fim, o terceiro artigo teve como objetivo delinear caminhos para a construção de uma proposta de aconselhamento antirracista ou racialmente orientado para testagem rápida de HIV dentro da estratégia de prevenção combinada. Mais do que uma proposta fechada como formatar as capacitações (que incluem apoio matricial, oficinas, reuniões clínicas, entre outros meios) na educação permanente em saúde, em que as capacitações dos/as de profissionais de saúde, enfoquem diretamente as relações raciais e o cuidado público em saúde e que problematize o emprego de discursos institucionalizados sobre a sexualidade da

população negra (sejam homens ou mulheres), falta de letramento racial das/os aconselhadores/as e as condições de possibilidades hierárquicas e de privilégios entre brancos/as e negros/as.

Destaco que a forma como se deu a prática de pesquisa deste projeto, apesar de não ser nova, foi inovadora. Temos poucos estudos em que se grava, de modo espontâneo e sem a presença da pesquisadora, o momento exato em que se dá o tema de estudo deste projeto - o aconselhamento. Desse modo, entendo que o aconselhamento seja uma tecnologia do cuidado potente. Esse espaço, defendo que se reconfigurado para acontecer sem roteiros prévios (mas com letramento racial e interseccional com os demais marcadores sociais) e com o/a profissional munido de uma abertura para acompanhar e estar atento aos repertórios linguísticos dos marcadores raciais dos usuários/as, pode ser efetivo. Ter um efeito mais significativo para as pessoas que realizam testagem, dentro ou fora dos muros das Unidades de Saúde, que inclui  em eventos, como é o caso do Carnaval.

## Referências

Alexander, Bryant Keith (2021). Pele negra/máscaras brancas: a sustentabilidade performativa da branquitude (com desculpas a Frantz Fanon). **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana** n. 37, e21303. ISSN 1984-6487

Brasil, Ministério da Saúde (2005). **Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica.** Programa Nacional de DST/Aids. Brasília – DF: Editora do Ministério

Faustino, Deivison (2017). A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva,** vol**.** 22, n. 12