



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS APLICADAS E EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO EM ANTROPOLOGIA**



FRANCISCO PAULINO DE OLIVEIRA NETO

**“TODO MUNDO CONHECE TODO MUNDO”: INTERIORIDADE E A
TERRITORIALIDADE DO CUIDADO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA
EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

**RIO TINTO – PB
2023**

FRANCISCO PAULINO DE OLIVEIRA NETO

**“TODO MUNDO CONHECE TODO MUNDO”: INTERIORIDADE E A
TERRITORIALIDADE DO CUIDADO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA
EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Antropologia da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB) Campus IV como requisito de
avaliação para a obtenção do título de Bacharel
em Antropologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luziana Marques da
Fonseca Silva

**RIO TINTO – PB
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48t Oliveira Neto, Francisco Paulino de.
"Todo mundo conhece todo mundo": interioridade e a territorialidade do cuidado em HIV/Aids na Atenção Básica em Rio Tinto (Paraíba) / Francisco Paulino de Oliveira Neto. - Rio Tinto, 2023.
40 f. : il.

Orientação: Luziana Marques da Fonseca Silva.
TCC (Graduação) - UFPB/CCAÉ.

1. HIV/Aids. 2. Descentralização. 3. Interioridade.
4. Territorialidade. I. Silva, Luziana Marques da Fonseca. II. Título.

UFPB/CCAÉ

CDU 572.9

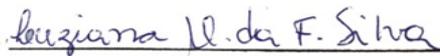
FRANCISCO PAULINO DE OLIVEIRA NETO

**“TODO MUNDO CONHECE TODO MUNDO”: INTERIORIDADE E A
TERRITORIALIDADE DO CUIDADO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA
EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

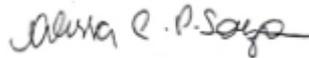
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Antropologia da Universidade Federal da
Paraíba (UFPB) Campus IV como requisito de
avaliação para a obtenção do título de Bacharel
em Antropologia.

Aprovado em: 09 de novembro de 2023

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Luziana Marques da Fonseca Silva
Orientadora – DCS/CCAUE/UFPB



Profa. Dra. Alessa Cristina Pereira de Souza
Examinadora – DCS/CCAUE/UFPB



Profa. Dra. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez
Examinadora – DCS/CCHLA/UFPB

**RIO TINTO – PB
2023**

DEDICATÓRIA

Para todas as pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids. Em especial, àquelas que experienciam contextos interioranos e que são levadas a fazer da gestão do segredo em torno do diagnóstico positivo, um processo de resistência ao estigma e preconceito. E para todas(os) as(os) trabalhadoras(es) da Atenção Básica, que se lançam no complexo exercício do cuidado.

AGRADECIMENTOS

À professora Luziana Silva, minha orientadora-amiga, que faz da gentileza um instrumento de sua prática pedagógica. Pela parceria ao longo de minha trajetória na graduação desde as disciplinas iniciais do curso, passando pela iniciação científica e orientação deste trabalho. Por toda a paciência com meu ritmo acadêmico, por vezes, destrambelhado e, principalmente, por acreditar em meu potencial quando eu mesmo desacreditei em alguns momentos. Você é um exemplo de intelectualidade e profissionalismo.

Ao corpo docente do curso de graduação em Antropologia do CCAE/UFPB, por me mostrarem o complexo universo da ciência antropológica a partir de abordagens éticas e socialmente responsáveis.

Às professoras Alessa Souza e Mónica Franch, pelo privilégio de tê-las em minha banca de defesa e por todas as contribuições durante o meu percurso na graduação em diferentes momentos. Vocês são uma inspiração.

Aos familiares, em especial, a minha mãe Gleide Oliveira, que mesmo sem compreender plenamente o que é Antropologia, me apoiou e me apoia em minhas tomadas de decisões, me impulsionando sempre a ir em direção aos meus objetivos. Ao meu irmão Rivelino Oliveira, por também me dar suporte e ser um exemplo de figura intelectual-profissional. Sem dúvida alguma, sem vocês, a efetivação do sonho da graduação não teria sido possível.

À família que construí em Rio Tinto: Thaís Silva, Élide Silva, Rodolfo Barros, Thayná Torres, Silvando Júnior, Marilayne Rosendo, Edlane Barbosa, Thamires Silva, Ingrid Martins, Ana Livia França e Mateus Lima (cada um(a) com elementos cativantes distintos), por trilharmos juntos o percurso, às vezes tortuoso da vida acadêmica. Vocês tornaram o processo mais acolhedor, leve e bonito.

À Silvando Júnior, meu companheiro, meu denguinho, meu amor, pelo afeto e cuidado direcionados a mim e pela alegria que você trouxe e traz para a minha vida.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC), o projeto de extensão Falando Sobre Aids, por serem espaços acolhedores e pelas trocas instigantes que repercutiram para o meu amadurecimento intelectual.

Às Pró-reitorias de Assistência e Promoção ao Estudante e de Pesquisa (PRAPE e PROPESQ) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco (FADE/UFPE) pela concessão

de auxílios estudantis e bolsas de Iniciação Científica internas e externas. Sem esses importantes apoios institucionais, este trabalho não teria se materializado.

Por fim, à Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - Campus IV. Carregar o nome da instituição em minha trajetória acadêmica é um orgulho.

EPÍGRAFE

A história social da AIDS foi, em boa parte, a história da culpabilização das suas vítimas. O medo, que sempre se encarregou de impedir a evolução das mentes, transforma a AIDS, de fenômeno social, em uma enfermidade social e não física.

(Javier Sáez e Sejo Carrascosa, 2016)

**“TODO MUNDO CONHECE TODO MUNDO”: INTERIORIDADE E A
TERRITORIALIDADE DO CUIDADO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA
EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

**“EVERYONE KNOWS EVERYONE”: INTERIORITY AND TERRITORIALITY
OF HIV/AIDS CARE IN PRIMARY CARE IN RIO TINTO (PARAÍBA)**

Discente: Francisco Paulino de Oliveira Neto

E-mail: francisco.oliveira@academico.ufpb.br

Orientadora: Profa. Dra. Luziana Marques da Fonseca Silva

RESUMO:

O presente artigo discute como as linhas de cuidado em HIV/Aids na Atenção Básica se realizam (ou não), levando em consideração na análise, a prerrogativa do processo de descentralização da Atenção em HIV/Aids assumida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nos apoiamos em dados etnográficos reunidos entre os anos de 2020 e 2022 a partir de uma abordagem multissituada com foco nas experiências do processo saúde-doença-cuidado em HIV/Aids na cidade de Rio Tinto (Paraíba, Brasil). O esforço antropológico contemplou o ponto de vista de gestoras municipais, profissionais, e usuárias dos serviços de saúde da Atenção Básica, registrados e analisados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas de modo *online* em plataforma digital de videoconferência (no período pandêmico) e presencial, além de observações etnográficas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade. A análise se debruçou ainda, sobre os discursos contidos em documentos que tratam da descentralização em HIV/Aids, assim como da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e manuais, relatórios e boletins epidemiológicos. Apesar das intempéries surgidas por consequência da pandemia de Covid-19, os resultados encontrados apontam para um silenciamento em torno do HIV fora de grandes núcleos urbanos e para os desafios na implementação e efetivação do manejo do diagnóstico, aconselhamento e acompanhamento pela via da Estratégia de Saúde da Família (ESF), emaranhadas em processos de estigmatização que se inserem na relação entre interioridade, territorialidade, soropositividade e relações de gênero.

Palavras-chave: HIV/Aids. Descentralização. Interioridade. Territorialidade.

ABSTRACT:

This article discusses how the lines of HIV/Aids care in Primary Care are carried out (or not), taking into account in the analysis the prerogative of the process of decentralization of HIV/Aids care assumed by the Unified Health System (SUS) . We rely on ethnographic data gathered between the years 2020 and 2022 from multi-sited approach focusing on the experiences of the health-disease-care process in HIV/AIDS in the city of Rio Tinto (Paraíba, Brazil). The anthropological effort included the point of view of municipal managers, professionals, and users of Primary Care health services, recorded and analyzed from semi-structured interviews carried out online on a digital videoconferencing platform (during the pandemic period) and in person, in addition of ethnographic observations in two Basic Health Units (UBS) in the city. The analysis also focused on the discourses contained in documents that deal with decentralization in HIV/AIDS, as well as the National Primary Care Policy (PNAB) and manuals, reports and epidemiological bulletins. Despite the hardships that arose as a result of the Covid-19 pandemic, the results found point to a silence around HIV outside large urban centers and to the challenges in implementing and carrying out the management of diagnosis, counseling and monitoring through the Health Strategy. Family Health (ESF), entangled in processes of stigmatization that are part of the relationship between interiority, territoriality, seropositivity and gender relations.

Keywords: HIV/Aids. Decentralization. Interiority. Territoriality.

1. INTRODUÇÃO

Caminhando em direção à quinta década, a epidemia de HIV/Aids é um fenômeno multifacetado. Nos últimos anos, assistimos a um avanço biotecnológico inegável nos campos da prevenção e do tratamento, oportunizando melhorias nas estratégias de prevenção e na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). No Brasil, esse cenário em transformação, tem sido acompanhado por um processo de reconfiguração da Atenção em HIV/Aids, antes centralizado nos Serviços de Atenção Especializada (SAE). A prerrogativa ministerial de descentralização do cuidado em HIV/Aids sugere uma articulação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), isto é, entre os níveis de Atenção Básica, Atenção Especializada e Alta Complexidade entre serviços (Brasil, 2012, 2014). Tal processo desencadeou um novo fluxo de ações, onde a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) passaram a assumir novas demandas em relação ao diagnóstico, acompanhamento e aconselhamento das condições de saúde relativas ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde (UBS) (Brasil, 2012). Ancorando-se na territorialidade da atenção à saúde, a estratégia de descentralização implicou em uma nova adequação das pessoas aos serviços, tanto os profissionais e gestores, quanto os usuários. Se por um lado, a estratégia prevê a integralidade do cuidado das PVHA em seus territórios, por outro lado, podemos questionar: Diante de uma epidemia cuja história social é perpassada pelo estigma (Galvão, 2000), quais as implicações e desafios para a implementação desta política pública de saúde?

Neste artigo, discutiremos sobre este fenômeno a partir da análise de dados etnográficos de uma pesquisa sobre a experiência de descentralização da Atenção em HIV/Aids na Atenção Básica da cidade de Rio Tinto, Paraíba, Brasil¹. Como apresentamos e discutimos em artigo recente (Silva; Oliveira Neto; Moraes 2022), ainda são incipientes os estudos que desenvolvem análises antropológicas sobre o fenômeno da descentralização em HIV/Aids na Atenção Básica em contextos interioranos, ou seja, que tratem de experiências de políticas públicas de saúde em HIV/Aids fora dos eixos dos grandes centros urbanos. Verificamos uma maior concentração de produções sobre o tema enfocando as experiências em capitais, como Rio de Janeiro (Rocha et al., 2020) e Porto Alegre (Zambenedetti, 2014), e mesmo as poucas produções que se voltam para cenários interioranos, as análises estão

¹ A pesquisa que dá corpo a discussão diz respeito ao Projeto de Iniciação Científica intitulado *Os desafios da descentralização da atenção em HIV/Aids na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Rio Tinto/PB: territorialidade, estigma e vulnerabilidade* - coordenado pelas professoras Luziana Silva e Mônica Franch. O projeto foi aprovado pela Pró-reitoria de Pesquisa (PROPESQ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (CAAE: 30909220.8.0000.5188) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

voltadas aos Serviços de Atenção Especializada (SAE) que são implementados (Tavares, 2020; Oliveira; Damasceno; Melo, 2021) o que justifica a pertinência de análises direcionadas para a Atenção Básica.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2007) por sua vez, prevê em suas diretrizes infra estruturantes e de funcionamento, a gestão de ações nas UBS e territórios onde as populações estão situadas. Nessa infraestrutura, é preconizada a organização de equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros profissionais) para atuarem a partir das realidades locais de saúde dos sujeitos. As ações previstas pela política incluem a definição dos territórios e populações de atuação das equipes de saúde, o desenvolvimento e programação de ações voltadas às necessidades das populações residentes nos territórios adscritos, o desenvolvimento de ações específicas direcionadas às populações mais vulneráveis e que apresentam fatores de risco, aconselhamentos e escutas qualificadas, implementação de ações de educação em saúde, planejamento de ações intersetoriais e a realização de atenção domiciliar dos usuários da Atenção Básica.

As reflexões acerca dos imbricamentos entre a história social da Aids e ações territorializadas nos provocou a pensarmos em que medida os profissionais passaram a lidar com uma condição de saúde que até então era restrita à especialistas? como estes são afetados e atribuem/reproduzem sentidos e significados a essa nova demanda em um contexto marcado por uma condição interiorana? Interessou-nos ainda pensar sobre o modo como a gestão municipal organiza os fluxos das ações em HIV/Aids nos territórios adscritos às UBS, as experiências de PVHA nestes territórios e produção de moralidades.

Em uma fase inicial deste estudo, realizada por outras pesquisadoras, entre 2016 e 2017², a partir de trabalho de campo realizado em duas UBS da cidade de Rio Tinto (Paraíba), foi identificada uma invisibilidade do HIV/Aids. A discussão só emergia nos momentos de testagens do pré-natal, ou quando as pesquisadoras questionavam sobre o tema (Silva; Vieira, 2019). Além disso, durante as entrevistas com profissionais de saúde das UBS, percepções correlacionando o HIV com a homossexualidade, promiscuidade e prostituição se mostraram presentes no imaginário social de um número expressivo das(os) interlocutoras(es).

² O Projeto de Iniciação Científica *Percepções dos profissionais de saúde sobre o HIV/Aids: experiências de atendimento, práticas de saúde e de prevenção no município de Rio Tinto* foi realizado entre 2016-2017 e desenvolvido pela discente bolsista Melba Vieira, sob coordenação da professora Luziana Silva.

Dando continuidade ao estudo iniciado em 2016 e nos baseando em pesquisa antropológica situada num marco temporal de dois anos de investigação (2020-2022), neste trabalho buscamos tentar responder a alguns destes questionamentos. Para isso, direcionamos nosso olhar para outras duas UBS, situadas em distintos bairros da cidade de Rio Tinto, mas que mantêm certa proximidade entre si e que especialmente uma delas, fora associada por interlocutores (durante a primeira fase) como sendo o “lugar onde encontraríamos HIV/Aids” por se tratar de uma área com um grande fluxo de “prostituição e de usuários de drogas”.

Tendo esses elementos no horizonte analítico, durante o processo investigativo, fomos interpelados pela pandemia do Covid-19 que acabou repercutindo em nosso fazer antropológico e conseqüentemente em alguns dos objetivos da pesquisa. A etnografia multissituada (Marcus, 1995), abordagem metodológica adotada para o desenvolvimento da pesquisa, nos possibilitou a experimentação e permitiu a integração de técnicas mistas para alcançarmos os objetivos traçados. Realizamos entrevistas em profundidade mediadas através da plataforma digital *Google Meet* (no período pandêmico), entrevistas presenciais, observações etnográficas em duas UBS de dois bairros da cidade de Rio Tinto, analisamos etnograficamente documentos oficiais que tratam da descentralização da atenção em HIV/Aids e da política nacional de HIV/Aids de modo mais abrangente e cruzamos com os dados obtidos nas interlocuções realizadas.

Na primeira seção do artigo, descrevemos o esforço metodológico empreendido, refletindo acerca do impacto da pandemia para a pesquisa e as estratégias adotadas para alcançar os objetivos propostos. Na segunda seção, mergulhamos no universo dos documentos a fim de localizarmos a estratégia de descentralização na resposta à epidemia. E por fim, descrevemos e analisamos a relação entre interioridade e o cuidado em HIV/Aids a partir das experiências de gestoras, profissionais de saúde e PVHA.

2. DA PESQUISA *IN LOCO* À PESQUISA NO “DISTANCIAMENTO SOCIAL” E VICE-VERSA: (RE)PENSANDO E (RE)ORGANIZANDO PRÁTICAS ETNOGRÁFICAS³

³ Parte da discussão tratada neste tópico foi preliminarmente desenvolvida e apresentada durante o *II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid: desafios metodológicos e éticos*. Evento *online* ocorrido nos dias 15 e 16 de julho de 2021. Ver: OLIVEIRA NETO, Francisco Paulino de. Etnografando em/sobre/com pandemias: questões ético-metodológicas de uma pesquisa sobre as sinergias entre a Aids e a Covid-19. In: *Anais do II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid: desafios metodológicos e éticos*, 2021 João Pessoa: PPGA/UFPB, 2021. v. 02. p. 149-152. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1V-Hf4R1BmkGrMzaFIJmWHkFX1F5MMnDU?usp=sharing>. Acesso em 05 de outubro de 2023.

A sensação que tenho é de que parece que não estou realizando uma pesquisa antropológica. Esperava vivenciar a “observação participante” à la Bronislaw Malinowski que tanto discutimos durante as disciplinas metodológicas, ou “Estar Lá” descrito por Clifford Geertz. Paira sobre mim uma sensação incômoda. Uma certa frustração”. (Trecho retirado do Diário de Campo do autor, 2020).

Hoje realizamos a primeira entrevista para o Projeto de Pesquisa, através da plataforma *Google Meet*. A interlocutora foi Luna⁴, coordenadora da Atenção Básica do município de Rio Tinto. Foi a primeira vez que realizei uma entrevista em termos formais. O relato da gestora foi bastante esclarecedor e estimulante. Apesar da conversa ter acontecido de forma *online*, senti um “frio na barriga” que logo após a finalização da entrevista se transformou na percepção e entendimento de que sim, eu estava desenvolvendo uma pesquisa. Procurei durante o processo de interlocução, mesmo que através de uma “janela virtual/digital”, perceber o cenário, as expressões e as dinâmicas sociais expressas pela interlocutora. (Trecho retirado do Diário de Campo do autor, 2020).

Primeiro dia de campo presencial depois de um período realizando atividades apenas de forma *online* em decorrência da Pandemia de Covid-19. Antes de chegar até a UBS, um misto de medo e ansiedade se instalou em mim, mas de um modo animador e instigante. O processo se tornou mais leve à medida que foi compartilhado com meu colega, responsável por investigar também uma das UBS, e que pareceu ter a mesma sensação. O sentimento foi de que precisaríamos reaprender a fazer pesquisa presencial. (Trecho retirado do Diário de Campo do autor, 2022).

Os trechos acima, além de registrarem as sensações, frustrações, desestabilizações e desafios sentidos por um pesquisador iniciante, informam também sobre os distintos momentos do desenvolvimento da pesquisa aqui em foco. O processo de negociação de acesso ao campo junto a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Tinto foi facilitado, por conseguinte do contato já existente devido à fase anterior do estudo (2016-2017). Estabelecidos os acordos que passaram pela formalização de Termo de Anuência, iniciamos o contato com possíveis interlocutoras(es).

Realizado entre 2020-2022 – o estudo recente, em sua formulação projetual inicial, havia sido pensado com vista ao acompanhamento presencial do cotidiano nas UBS Amora e Tulipa situadas nos Bairros das Flores e das Camélias – foi atravessado pela Emergência de Saúde Global provocada pelo vírus SARS-CoV-2 causador da Covid-19, declarada como

⁴ Os nomes de todas as(os) interlocutoras(os), dos bairros e das UBS foram alterados conforme acordo ético firmado durante as interlocuções. Exceto o nome da cidade.

Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020⁵ e que perdurou até 05 de maio de 2023, data da declaração do fim da Emergência⁶.

Impedidos(as) de realizarmos imersões etnográficas presenciais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) delimitadas como *lócus* empíricos e seguindo as recomendações de biossegurança da OMS, sobretudo, no primeiro ano da pesquisa, reavaliamos o desenho metodológico traçado no momento da escrita do projeto.

Se faz necessário salientar que o projeto supracitado foi desenvolvido paralelamente ao macroprojeto *Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de Covid-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade social*⁷. No âmbito da Rede Antropo-Covid (nome atribuído posteriormente ao macroprojeto), nosso foco analítico se voltou para os impactos da pandemia de Covid-19 nas ações em HIV/Aids da Atenção Básica em Rio Tinto. Ambos os projetos se inserem na diversidade de investigações empreendidas pelo Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura da Universidade Federal da Paraíba (GRUPESSC/UFPB)⁸. Portanto, este trabalho e as reflexões que apresentaremos adiante são resultantes desse envolvimento.

Apesar dos desafios que se apresentaram por consequência do contexto pandêmico, a etnografia multissituada, esforço teórico-metodológico adotado para a realização do

⁵ Organização Mundial da Saúde (OMS). *Histórico da Pandemia de Covid*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 04 de outubro de 2023.

⁶ Organização Mundial da Saúde (OMS). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/230307-chefe-da-organizacao-mundial-da-saude-declara-o-fim-da-covid-19-como-uma-emergencia-de-saude>. Acesso em: 04 de outubro de 2023.

⁷ Coordenado pelas professoras Sônia Maluf, Mônica Franch e Soraya Fleischer entre 2020-2023, o projeto reuniu uma rede de pesquisadoras(es), estudantes (em diversos níveis de formação acadêmica) vinculadas(os) a Grupos de Pesquisas de diferentes Instituições de Ensino Superior com o objetivo de analisar os impactos sociais da pandemia de Covid-19 no contexto brasileiro a partir de variados recortes temáticos. Para mais informações, acesse: <https://sites.google.com/academico.ufpb.br/siteantropo-covid>.

⁸ O Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC) é um grupo multidisciplinar que agrega pesquisadoras(es) docentes e discentes, profissionais de saúde e ativistas, com o objetivo de produzir reflexões acerca das dinâmicas sociais, culturais e políticas em torno de processos de adoecimento, cura, cuidado e políticas públicas de saúde. Estimulando um diálogo profícuo entre as áreas das Ciências Sociais e da Saúde, o grupo coordenado pelas professoras Mônica Franch e Luziana Silva, iniciou suas atividades em 2008 com uma ampla pesquisa sobre Sorodiscordância financiada pela UNESCO/Ministério da Saúde. Atualmente, os temas que estruturam o GRUPESSC são diversos. Para um maior detalhamento sobre o histórico do grupo, ver: NEVES, Ednalva; NASCIMENTO, Pedro. Sobre o GRUPESSC: de uma perspectiva crítica sobre saúde, gênero e geração. *ÁLTERA REVISTA DE ANTROPOLOGIA*, v. 1, p. 24-36, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/altera/article/view/41693>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

estudo, possibilitou uma experimentação da *expertise* antropológica. A orientação etnográfica multissituada permitiu a integração de distintas técnicas durante a condução da prática de pesquisa, como o uso de ferramentas digitais, documentos e discursos produzidos em contextos e situações diversas, (sejam em níveis localizados ou com uma amplitude global), eventos, conversas informais, além de observações etnográficas nas Unidades Tulipa e Amora, ou seja, possibilitou seguirmos o fenômeno social a partir de distintos pontos que estabelecem conexões (Marcus, 1995).

Nesse sentido, partimos de uma abordagem qualitativa em saúde, conforme os pressupostos descritos e debatidos por Ceres Victora, Daniela Knauth e Maria de Nazareth Agra Hassen (2000):

A metodologia qualitativa, pelo fato de trabalhar em profundidade, possibilita que se compreenda a forma de vida das pessoas, não sendo apenas um inventário sobre a vida de um grupo. As técnicas utilizadas permitem, entre outras coisas, o registro do comportamento não verbal e o recebimento de informações não esperadas porque não seguem necessariamente um roteiro fechado, percebendo como bem-vindos os dados novos, não previstos anteriormente. (Victora; Knauth; Hassen, 2000, p. 39).

Seguindo esse entendimento, integrado a uma orientação etnográfica multissituada, pudemos ter acesso aos pontos de vistas de gestoras(es), profissionais de saúde (agentes comunitárias(os), enfermeiras, médica) e usuárias que vivem com HIV/Aids (ver Quadro 1), assim como a eventos/situações sociais (Gluckman, 2010) diversos(as).

Quadro 1 – Entrevistas Realizadas

Entrevistas Realizadas	
Nome (Fictício)	Cargo/Marcador Social
Iris	ACS
Acácio	ACS
Lucy	ACS
Estela	Médica
Cristal	Enfermeira/Coordenadora da UBS Tulipa
Serena	Ex-enfermeira/Ex-coordenadora da UBS Amora
Luna	Ex-coordenadora da Atenção Básica do município
Flora	Ex-coordenadora da Vigilância Sanitária
Ágata	Coordenadora Estadual
Marjorie	Mulher vivendo com HIV
Aurora	Mulher vivendo com HIV
Melissa	Mulher vivendo com HIV

Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

O quadro acima é apenas uma ilustração geral das entrevistas realizadas pela equipe de pesquisa. Neste artigo, no entanto, não nos debruçamos analiticamente sobre todas elas. Dentre o universo do material transcrito, fizemos um recorte levando em consideração a adequação aos objetivos e temática propostos. As entrevistas aconteceram em distintos momentos do marco temporal da execução da pesquisa. Destacamos que, no tempo corrente da pesquisa ocorreram as eleições municipais em novembro de 2020, tendo sido eleita uma nova gestão para a administração pública da cidade de Rio Tinto, o que ocasionou também uma transição de gestores e profissionais de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, logo, os relatos a serem expostos nos tópicos seguintes, fazem referência a passagem de uma gestão para outra.

Entre 2020-2021 as entrevistas se deram prioritariamente de forma *online* em plataforma digital de conferência (*Google Meet*) e foram pactuadas através de serviços de ligação, conversas via *WhatsApp* e envio de e-mails convidando para participação do estudo. Durante o contato e nas entrevistas, apresentamos e explicitamos os objetivos da pesquisa, assim como fizemos uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sobre o TCLE, em algumas situações, especialmente aquelas em que aconteceram de modo remoto e que o termo fora enviado via *WhatsApp* ou e-mail, percebemos um certo receio por parte das(os) interlocutoras(es) e uma demora maior no tempo de retorno do contato após terem sido apresentadas(os) a um documento burocrático que claramente demarca posições, lugares e hierarquias na relação entre pesquisadores e seus interlocutores (Diniz, 2010). Entendemos que o receio em torno do termo pode ter havido, dentre outros motivos, pela dificuldade de um diálogo mais próximo, impossibilitado pelo contexto de “distanciamento social”, como comumente acontece quando negociamos a entrada em campo “face-a-face”. Como alternativa para mitigar os receios, passamos então a solicitar o aceite para a realização das entrevistas e a gravação nos momentos de conversas iniciais na plataforma de videoconferência, com o intento de se criar um ambiente mais confortável e acolhedor para as(os) colaboradoras(es) a partir do diálogo.

Um outro elemento para tratarmos e pensarmos os impactos, desafios, mas também, as possibilidades metodológicas vivenciadas no cenário de “distanciamento social”, diz respeito à oportunidade do grupo de pesquisa, composto por duas professoras residindo em João Pessoa-PB e dois estudantes da graduação em antropologia, que no ano inicial da investigação, um encontrava-se na cidade de Rio Tinto e o outro em uma cidade do interior

do Rio Grande do Norte de realizarem as entrevistas e posteriores análises de forma compartilhada.

No que tange às entrevistas realizadas de forma presencial, a maioria delas aconteceu também de forma grupal (com dois ou mais pesquisadores do grupo de pesquisa). Em uma primeira aceção, este estudo se voltaria apenas para a análise da realidade e experiências relativas à UBS Amora, sendo a UBS Tulipa responsável por outro pesquisador. No entanto, em acordo com toda a equipe de pesquisa, decidimos trazer também as experiências em torno da UBS Tulipa para a reflexão por ter havido uma abertura maior à investigação. Destarte, neste estudo, nos valem de entrevistas que foram realizadas também por outros pesquisadores do grupo, especialmente as entrevistas que tratam das experiências no bairro Camélias e da UBS Tulipa⁹.

No decorrer das entrevistas estivemos atentas(os) aos cenários, aos sons, aos movimentos de posição da câmera e as interações entre as interlocutoras(es) e outras pessoas em seus contextos situacionais: suas casas, ambientes de trabalho ou outros lugares. Por esse motivo, utilizamos a expressão “distanciamento social” entre aspas. Por entendermos que mesmo com o distanciamento físico, naquele contexto, conexões e relações sociais foram/eram estabelecidas e que as mediações tecnometodológicas (Carneiro; Fleischer, 2020) foram//são extremamente válidas para a compreensão antropológica.

A partir de 2022, após observarmos uma queda nos índices de infecção por Covid-19 e seguindo os protocolos de biossegurança, iniciamos o trabalho de campo presencial, com observações etnográficas nas duas UBS e acompanhando Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em seus territórios de trabalho durante algumas visitas domiciliares. Durante o trabalho de campo presencial, algumas entrevistas presenciais com profissionais de saúde e usuárias(os) foram oportunizadas e acontecidas nas próprias UBS e nas casas das Usuárias, estas últimas sempre mediadas pelas(os) ACS.

Além das entrevistas semiestruturadas, analisamos etnograficamente documentos: Boletins Epidemiológicos nacionais e estaduais divulgados entre 2020-2022, Portarias municipais e Protocolos de manejo da infecção por HIV/Aids na Atenção Básica, Manuais direcionados a gestores, profissionais de saúde e usuários, projetos de lei federais, estaduais e municipais e o documento referente a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Tratar esses documentos etnograficamente implica refletir sobre em que dimensões sociais o

⁹ As entrevistas realizadas no bairro Camélias e na UBS Tulipa foram realizadas por mim (Francisco Oliveira Neto), Gabriel Cavalcante e Klaus Castagnotto, que foi integrado ao projeto posteriormente e com participação, apoio e supervisão da coordenadora, a professora Luziana Silva.

material foi/é produzido, pensar suas relações contrastivas e controversias e como os discursos são mobilizados e apreendidos por diferentes atores/atrizes sociais em suas realidades, não tratando-os apenas enquanto anexos de pesquisas (Ferreira; Lowenkrown, 2020).

A descrição e a reflexão teórico-metodológica apresentada não invalida concepções clássicas do modo de fazer antropológico. Na verdade, aqui tentamos compreendê-las e complexificá-las, (re)organizando nossa prática etnográfica, para que pudéssemos apreender os fenômenos sociais da melhor forma possível, em contextos e situações que exigem cada vez mais dos(as) antropólogos(as) e dos(as) cientistas sociais de um modo geral, inventividade e criatividade, ou como já alertou Mariza Peirano (2014): “[...] uma constante renovação característica da disciplina”.

3. AIDS E ATENÇÃO BÁSICA: A ESTRATÉGIA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM QUESTÃO

A experiência brasileira na resposta à epidemia de HIV/Aids, que teve início na década de 1980, foi por muito tempo considerada referência para outras nações. Uma resposta alicerçada nos fundamentos dos Direitos Humanos, na luta pelo acesso gratuito aos medicamentos antirretrovirais para as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e por políticas de prevenção, tratamento e assistência mais humanizadas, projetou o país em um lugar de destaque internacional. Isso se tornou possível graças à confluência entre movimentos sociais, artistas, organizações não-governamentais (ONGs), pesquisadores e profissionais de saúde com objetivos alinhados e pautados na dimensão da solidariedade (Daniel, 1980). Tal contexto acompanhou o processo de redemocratização do país e o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, desembocando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Caminhando em direção à quinta década, a onda contemporânea da epidemia tem sido marcada pelo discurso global em torno do “fim da Aids” (Parker, 2015)¹⁰. Em parte,

¹⁰ Esse discurso está assentado na *Declaração Política sobre HIV e AIDS: Acelerar a Resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030*, elaborada pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) durante a Assembleia Geral das Nações Unidas acontecida na cidade Nova York em 2016. No evento, os países membros da Nações Unidas representados por Chefes de Estado e de Governos assumiram o compromisso de adotar estratégias para a superação da epidemia até o ano de 2030 (Unaid, 2016), dentre elas, reafirmaram a adoção de ações para o cumprimento da *Meta 90-90-90* instituída em 2014, uma proposta de aceleração da resposta à epidemia que previa que até o ano de 2020: 1) 90% de todas as PVHA saberiam que têm o vírus; 2) 90% de todas as pessoas diagnosticadas receberiam terapia antirretroviral ininterruptamente; e até o mesmo ano, 3) 90% de todas as pessoas recebendo terapia

esta narrativa está ancorada em uma visão otimista e no reconhecimento dos avanços biotecnológicos ao longo das últimas décadas nos campos da prevenção e do tratamento para a redução, controle da infecção por HIV e para a melhoria da qualidade de vida das PVHA. No campo da prevenção, tratando especialmente do cenário brasileiro, podemos fazer referência à inserção das Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP) e o Tratamento como Prevenção (TcP) na variedade de estratégias biomédicas adotadas no âmbito da Política de Prevenção Combinada do HIV¹¹. Tais estratégias não são ofertadas na rede de serviços de saúde de Rio Tinto e a implementação da política depende da forma como são organizadas as linhas de cuidado em cada município, a exemplo, na cidade do Rio de Janeiro, há a oferta de PrEP, PEP e TcP na Atenção Primária à Saúde (APS).

As Bases Conceituais da Prevenção Combinada elaboradas pelo Ministério da Saúde e voltadas à orientação dos trabalhadores e gestores em saúde definem as intervenções biomédicas em HIV/Aids enquanto ações de redução do risco de infecção e transmissão do HIV¹² (Brasil, 2017, p. 18-19). Todo esse processo representa um novo paradigma preventivo na resposta à epidemia (Calazans, 2021; Franch, 2021).

Por outro lado, esse paradigma preventivista focalizado em abordagens biomédicas, tem sido criticado por pesquisadores e pelos movimentos sociais a partir da problematização de que processos político-neoliberais vêm se inserindo na resposta à epidemia e de que só será possível pensarmos em um “fim da Aids” se a resposta avançar no que tange as abordagens de tipo estruturais para o enfretamento dos processos de estigmatização e discriminação que acabam travando e dificultando sua efetividade (Seffner e Parker, 2016;

antirretroviral teriam supressão viral, com isso a epidemia poderia ser controlada até 2030 (Unaid, 2014). No Relatório Global da UNAIDS de 2021, mesmo reconhecendo o não alcance da meta que foi impactada pela pandemia de Covid-19 e os desafios para que se possa alcançar o fim da epidemia, a meta foi alterada para *Meta 95-95-95* (Unaid, 2021), isto é, um aumento quantitativo no percentual a ser alcançado. O discurso se mantém no Relatório Global de 2023 (Unaid, 2023).

¹¹ Cabe mencionarmos aqui, a recente atualização do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* anunciada durante o 23º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, que aconteceu na cidade de Salvador (BA) entre os dias 19 a 22 de setembro de 2023. Após um período de seis anos sem atualização, dentre as principais alterações anunciadas, está a incorporação de um esquema simplificado para a TARV, que concentra as substâncias lamivudina e dolutegravir em apenas um único comprimido diário. A atualização prevê uma melhoria na qualidade de vida das PVHA que serão submetidas a um esquema cuja toxicidade é mais reduzida. (Pasquini, 2023). No momento em que escrevemos este texto, o documento atualizado ainda não se encontrava disponível na página do Ministério da Saúde.

¹² As intervenções biomédicas são organizadas em dois grupos: a) as intervenções biomédicas clássicas, que tem como premissa a criação de uma barreira física como forma de impedir o contato com o vírus, através do uso de preservativo, como a camisinha, por exemplo, e b) as intervenções biomédicas com o uso de antirretrovirais (ARV), como é o caso das profilaxias Pré e Pós-exposição (PreP) e (PEP) e o Tratamento Como Prevenção (TcP) (Brasil, 2017, p. 18-19).

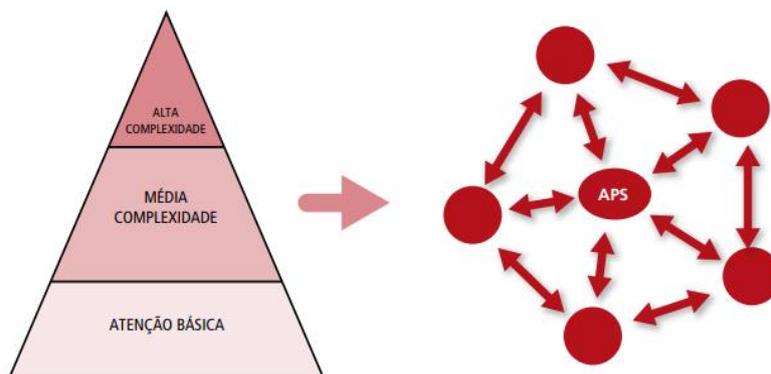
Silva; Vieira, 2019; Franch, 2021). De acordo com a Política de Prevenção Combinada, intervenções estruturais são alocadas como esforços da política Combinada e são definidas enquanto ações que devem incidir sobre processos sociais, culturais e políticos que potencializam e produzem vulnerabilidades ao HIV, como preconceitos em relação à classe social, intolerância religiosa, racismo, discriminação com base nos gêneros e sexualidades, entre outros marcadores sociais (Brasil, 2017, p. 21). Apresentado brevemente alguns contornos da resposta brasileira contemporânea, vale levantarmos alguns questionamentos: Neste cenário, que lugar a Atenção Básica ocupa na resposta à epidemia? Que dinâmicas sociais, culturais e políticas perpassam essa relação, levando em consideração contextos locais, situacionais e institucionais?

Nos anos iniciais da epidemia, o foco do cuidado e tratamento direcionados às PVHA se concentrava, sobretudo, nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) (hospitais especializados e centros de referência), comumente referenciados nas capitais dos estados. No contexto presente, a vivência com HIV/Aids, marcada pela experiência contínua e de longa duração envolvendo a Terapia Antirretroviral (TARV), passou a ser tratada enquanto uma condição crônica pelos serviços de saúde (La Maison, 2014). Tal processo demandou uma readequação da atenção à saúde em HIV/Aids. O Ministério da Saúde (Brasil, 2012, 2014) passou então a recomendar e estimular ações articuladas entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), estas conceituadas como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (Brasil, 2010)

A organização em Redes representa uma passagem do modelo hierárquico para um modelo poliárquico (ver figura 2), desenhado e projetado de modo a horizontalizar as relações entre os níveis de atenção à saúde.

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

A diferença entre as Redes se dá no nível da densidade tecnológica e dos sistemas de apoio a partir do desenvolvimento de ações que devem ser planejadas e coordenadas entre si. (Mendes, 2011, p. 83). Nota-se que a Atenção Básica¹³ está no eixo central da estrutura organizacional e operacional.

Em se tratando do lugar da resposta ao HIV nas RAS e tendo em vista a premissa de que a Atenção Básica é a “porta de entrada” dos usuários nos serviços de saúde, a partir da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012) que dispõe sobre incorporação da realização de testes rápidos nas UBS e da elaboração de diretrizes e orientações ministeriais voltadas a gestores e profissionais de saúde, sobre o manejo, acompanhamento e aconselhamento dos usuários vivendo com HIV pela Atenção Básica (Brasil, 2014) a Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a assumir uma nova responsabilidade e ocupar um lugar importante na resposta programática à epidemia (Melo; Maksud; Agostini, 2018). Esses são marcos do esforço em torno da estratégia de descentralização da atenção em HIV/Aids no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2007) por sua vez, se fundamenta e opera a partir de uma lógica territorial que preconiza uma maior aproximação e integração dos usuários junto aos serviços de saúde:

¹³ Embora na figura conste a sigla APS, fazendo referência ao termo Atenção Primária à Saúde, não há um consenso consolidado sobre a utilização da terminologia em contraposição à “Atenção Básica”, estando estas categorias imersas em disputas conceituais a depender da filiação teórica de quem as acionam (Mello et al., 2009, p. 211). Neste texto, utilizamos preferencialmente a terminologia Atenção Básica, pois o termo aparece enquanto uma categoria nativa utilizada pelas pessoas cujos pontos de vista tivemos acesso e por partirmos da compreensão de que serviços de APS podem apresentar uma gama maior de oferta de serviços que comumente não se verificam no nível da Atenção Básica.

Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade; (Brasil, 2007, p. 20).

Todo esse processo passa pela mediação e interlocução com profissionais, que na maioria das vezes, residem nos próprios territórios nos quais desenvolvem seu exercício profissional. Aqui cabe mais alguns questionamentos: quais as implicações desta lógica territorial para a resposta ao HIV/Aids pela Atenção Básica, especialmente quando tratamos de contextos fora dos grandes centros urbanos? Quais os entraves para a integração das PVHA no processo de aconselhamento, acompanhamento e assistência? Descrita a conformação da Estratégia de Descentralização da Atenção em HIV/Aids, tentaremos a seguir, responder aos questionamentos supracitados neste tópico, mas sem a pretensão de esgotar as possibilidades analíticas, conceituais e experienciais que tais questões provocam. Partiremos de um contexto empírico específico: a cidade de Rio Tinto, localizada no litoral norte paraibano e as práticas de gestão da atenção em HIV/Aids na Atenção Básica em dois serviços de saúde do referido município.

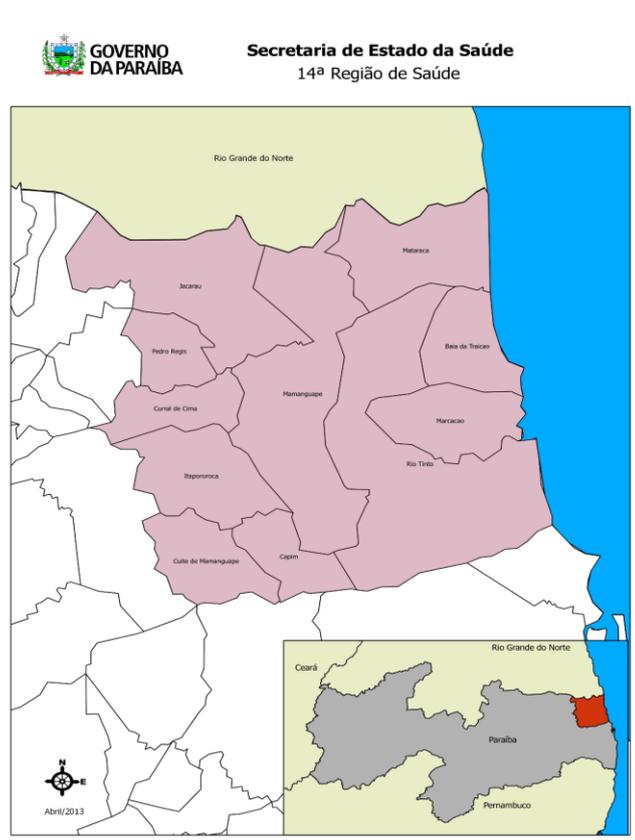
4. AIDS NO INTERIOR? INTERIORIDADE E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO ALÉM DO “CENTRO”

Nas últimas décadas os indicadores epidemiológicos de HIV/Aids vêm registrando uma transformação no perfil das populações afetadas pelo HIV/Aids que historicamente esteve atrelada à populações específicas, vulgarmente classificada enquanto “grupos de risco”: homossexuais, homens que fazem sexo homens (HSH), travestis e transsexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis¹⁴. Os dados vêm apontando para processos de interiorização, pauperização, feminização, heterossexualização e racialização da epidemia (Reis *et al.*, 2008; Duarte e Rohden, 2019; Brasil, 2022).

¹⁴ A ideia de “grupos de risco” desencadeou uma série de violências e discriminações contra pessoas LGBT [atualmente a sigla adequada é LGBTQIAPNb+], impactando e dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde. Com a mobilização política e crítica da sociedade civil, movimentos e pesquisadores articulados em defesa dos direitos humanos das PVHA, a categoria epidemiológica de grupos de risco foi substituída pela de vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 1999). No recente contexto pandêmico provocado pela Covid-19, a categoria problemática emergiu novamente, com novos contornos e atrelada de modo direcionado às pessoas idosas (Coitinho Filho, 2020; Dourado, 2020).

Dito isto, por enquanto, pensemos sobre o primeiro processo mencionado e o que mais se relaciona com o tema tratado neste artigo. De modo simplificado, a interiorização se refere a um registro do aumento de casos da infecção por HIV/Aids em lugares que não são as grandes cidades e seus altos contingentes populacionais. Esse processo tem sido percebido também no contexto da Paraíba (Clementino *et al.*, 2017) com o registro de 2.709 casos de HIV e 1.182 casos de Aids¹⁵ diagnosticados entre os anos de 2019 a 2022 e, dentre as regiões de saúde do estado mais afetadas está a 14ª região (Paraíba, 2022) onde está localizada a cidade de Rio Tinto (ver figura 3) .

Figura 3: Mapa 14ª Região de Saúde



Fonte: Secretaria do Estado de Saúde (PB). Disponível em:

http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/mapas_estaticos .

¹⁵ Tratando da diferença entre HIV e Aids, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) é o estágio infeccioso em que o vírus se insere no sistema imunológico podendo vir a causar (ou não) o adoecimento por Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), processo caracterizado pela fragilização das células de defesa do sistema imunológico tornando o organismo vulnerável a doenças oportunistas.

Seguindo esta problemática, a estratégia de descentralização da atenção em HIV/Aids pela Atenção Básica é uma forma de responder ao fenômeno, tendo em vista a capilarização do nível de atenção que é preconizado pela política. Para além dos números, há que se levar em conta também, as dinâmicas sociais que repercutem nesse processo.

Tomamos aqui, a *interioridade*, categoria proposta por Domingues e Gontijo (2021) como categoria útil e um dos eixos de ligação para refletirmos acerca do nosso contexto e fenômeno etnográfico, entendendo que, conforme propõem os autores:

[...] a interioridade seja definida como o conjunto de elementos socioculturais atribuídos à ruralidade e à etnicidade (e eventualmente a outros marcadores sociais) operando simultaneamente à urbanidade (aqui entendida como o conjunto das identidades e atributos urbanos). [...] Interioridade seria a identidade que as pessoas situadas no interior carregam consigo em suas diásporas múltiplas, para além dos tempos físicos e dos espaços materiais, embora essa generalização deva ser cautelosa (Domingues; Gontijo, 2021, p. 76).

Trata-se, portanto, de perceber o que seria o “interior” a partir de uma dimensão relacional e das vinculações histórico-contextuais (colonização, conflitos étnicos, migração, relações de poder etc.) que dão forma ao viver-fazer urbano para além das metrópoles (Domingues; Gontijo, 2021). Ainda que a definição proposta seja fundamentada pelos autores a partir de experiências etnográficas na região norte do país, ao transportarmos para Rio Tinto, uma cidade interiorana do litoral norte Paraibano, situada na região nordeste do Brasil, isto é, geopoliticamente não considerada em macro análises, nos filiamos a provocação epistemológica de que:

O interior carece de análises a partir das situações e dos contextos próprios, pois não está dado que a experiência urbana é uniforme e singular, cabendo, logo, questionar se as categorias pensadas a partir da e para a metrópole e os grandes centros urbanos conformam aquilo que se conhece como interior – e cabe ainda refletir sobre como o interior impinge na metrópole, reelaborando-a, resignificando e transformando as suas formas de se constituir como tal. (Domingues; Gontijo, 2021, p. 63)

Compreendemos que o empreendimento conceitual pode ajudar na compreensão das nuances do processo de descentralização da Atenção em HIV/Aids em Rio Tinto. Considerando essa perspectiva, voltemos nosso olhar para a descrição das experiências em torno da territorialidade do cuidado em HIV/Aids em nosso universo de pesquisa.

4.1. O Bairro das Flores e o Bairro das Camélias: territórios marginais, territórios marginalizados

Rio Tinto possui uma população total de 24.581 habitantes (IBGE, 2022) e junto a outros municípios próximos conformam o chamado “Vale do Mamanguape”¹⁶. Localizada a 64 quilômetros de distância da capital paraibana (João Pessoa), o município apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,585, estando alocado na faixa mais baixa dos indicadores no estado (IBGE, 2010). Em sua rede de atenção à saúde, conta com 09 UBS (4 na zona urbana e 5 na zona rural).

Levando em consideração as proposições de Domingues e Gontijo (2021), a interioridade da cidade de Rio Tinto, pode ser marcada e evidenciada por seu reconhecimento histórico em relação ao município ter experienciado em meados dos anos de 1917 um processo de industrialização perpassado por contradições, conflitos territoriais e mobilizações étnicas a partir da chegada e implantação da Companhia de Tecidos Lundgren (nome da família sueca comumente referenciada como sendo fundadora da cidade) e o impacto para a população indígena Potiguara da Paraíba que habitava/habita o território. Embates políticos permearam e permeiam até hoje, a história da constituição da cidade e a disputa por territórios, perpassando desde discursos saudosos daqueles(as) que trabalharam na fábrica de tecidos e os aspectos positivos disso no que se refere ao “desenvolvimento” econômico da cidade até questões relativas à exploração da mão-de-obra de trabalho de trabalhadores indígenas e não indígenas, acesso a moradia e processos de escravização cometidos pelos donos da fábrica e a influência da família Lundgren no Vale do Mamanguape (Palitot, 2017).

Nos bairros das Flores e Camélias, estão situadas as duas UBS *lócus* da presente investigação: a UBS Amora e a UBS Tulipa, respectivamente. Embora as microáreas de atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) apresentem uma delimitação territorial de difícil apreensão, pois são bastante próximas entre si, trataremos separadamente dos dois cenários, considerando que as linhas de cuidado em HIV/Aids podem apresentar variações de unidade para unidade, além de que no contexto do bairro das Flores, por limitações metodológicas, não conseguimos alcançar às experiências das PVHA a partir de seus próprios pontos de vista, nos limitando às percepções e casos mencionados pelas(os) profissionais de saúde entrevistadas(os). Estes são bairros que carregam traços do marco histórico supracitado.

¹⁶ O Vale do Mamanguape é constituído por dez municípios: Baía da Traição, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape, Rio Tinto, Marcação, Mataraca e Pedro Régis.

4.1.1. Batendo nas “portas de entrada” dos serviços

Como já mencionado no tópico introdutório, um dos bairros da cidade foi apontado durante uma primeira fase do estudo como sendo o lugar onde encontraríamos demandas em HIV/Aids por haver um intenso fluxo de prostituição e de usuários de drogas. Trata-se do bairro das Flores, onde está localizada a UBS Amora. Durante as primeiras entrevistas realizadas através do *Google Meet* com algumas gestoras e profissionais de saúde, esse elemento aparece na fala da coordenadora da UBS na época:

É o seguinte, sobre o HIV, como todo mundo sabe, lá na unidade [se referindo a UBS Amora, Bairro das Flores], quando eu fui trabalhar, disseram a mim que existia uma demanda muito alta lá, por ser um local muito vulnerável, que tem muita droga, muita gente que bebe também, entendeu? E também é um meio de prostituição lá. Na verdade, dos testes rápidos que eu fazia no tempo em que eu estava lá, eu peguei acho que três pacientes, pra você ver como o povo omite em procurar a saúde. Eu sabia de pessoas, mas eu não podia falar, porque eu não podia chegar pra ela e dizer que eu sabia, porque eu podia fazer o constrangimento, né? Eu sabia de pessoas que iam, pegavam a medicação no Clementino [Hospital de Doenças Infecto-contagiosas Clementino Fraga, João Pessoa], fazem tratamento, vivem normal, tem gente até que a gente duvida, "não acredita que Fulano tenha", não tem, porque, quando começou tratamento e tal, ele teve que vir pra cá, mas já tem tantos anos, ele não bota nem os pés na unidade, né, mas eu sabia que ele tinha, mas não procura a unidade, não sei se é por vergonha, por medo, por alguém saber e sair espalhando, coisas que eles querem privar a identidade deles. E, desses que faziam, o povo já sabia mesmo, assim, "não, esse daí é", "vai fazer e vai dar positivo". Até tipo de sífilis, lá tem muita, só quando as meninas, quando vai pro médico que mostra, é mais no pré-natal, aí descobre, né. E a gente, quando vai fazer o teste rápido, elas dizem "não, não quero". Aí a gente explica que é bom e tal, que a gente vai ajudar, mas lá eles são bem resistentes, assim, bem teimosos, bem difíceis disso aí. Conheço pessoas que convivem normal, nem parecem que têm, nem aparência de nada, porque, graças a Deus, a tecnologia avançou muito e com essas medicações, se você seguir tudo direitinho, se cuidando, você não aparenta. E conheço também aqueles que não tomam nada, é uma magreza, no alcoolismo, se acabando, depressão, mas não quer ajuda. (Serena, enfermeira e ex-coordenadora da UBS Amora. Entrevista realizada no dia 06 de Abril de 2021).

Na literatura antropológica sobre a cidade, encontramos menções ao histórico envolvendo a atividade de trabalho sexual no território (Palitot, 2017, p. 18), no entanto, no decurso da pesquisa, não conseguimos acompanhar de forma aprofundada esse aspecto (se o fluxo se mantém, se apresenta variações ou se ficou como uma marca da história do bairro).

O relato de Serena abre margem para refletirmos acerca de muitas questões, dentre elas, os sentidos que a categoria “vulnerabilidade” atrelada ao território e as pessoas que lá vivem acaba assumindo nas práticas de gestão do cuidado em HIV/Aids no contexto etnográfico em questão. A categoria surgiu como uma resposta às terminologias pautadas

em perspectivas individualistas e comportamentalistas que produzem preconceitos e estigmas, como a noção de “grupos de risco” (Ayres *et al.*, 1999). Na fala da ex-gestora da unidade, a vulnerabilidade aparece quase como sinônimo da noção de “risco”: “[...] tem muita droga, muita gente que bebe também, entendeu? E também é um meio de prostituição lá [...]” que proliferou pânicos morais nos anos iniciais da epidemia, além da atribuição de uma responsabilização individual (mascarada por uma relativa autonomia) àquelas(es) que são/foram afetadas(os): “[...] mas não procura a unidade, não sei se é por vergonha, por medo, por alguém saber e sair espalhando, coisas que eles querem privar a identidade deles [...]”. A autonomia dos usuários para escolher em que serviços de atenção à saúde serão atendidos é enfatizada por Luna (ex-coordenadora municipal da Atenção Básica) e por Flora (ex-coordenadora municipal da Vigilância em Saúde):

“Muitos não voltam, mas a Atenção Básica tem essa necessidade, essa obrigação de acompanhar para saber se estão indo direitinho, se estão tomando os medicamentos” (Luna, ex-coordenadora Municipal da Atenção Básica, entrevista concedida no dia 01 de dezembro de 2020).

“[...] Nós temos porta aberta, mas o usuário é quem escolhe onde ser atendido. [...] A maioria dos usuários buscam diretamente o Hospital Clementino Fraga. [...] Quando o paciente em tratamento permite a gente o acompanha.” (Flora, ex-coordenadora municipal da Vigilância em Saúde. Entrevista concedida no dia 02 de dezembro de 2020)

Tendo a dimensão de que o território apresenta uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids, vale questionarmos o porquê não haver ações mais direcionadas ao problema, para além da possibilidade de realização de testes rápidos? Na continuidade do relato, a resposta a esta questão parece recair sobre os desafios para a vinculação de usuários vivendo com HIV na UBS para acompanhamentos e aconselhamentos e o receio quanto a divulgação do *status* sorológico no território porque “todo mundo conhece todo mundo”.

Voltando ao relato de Serena, o estigma enquanto uma marca social de desqualificação, desaprovação de produção de diferença (Goffman, 1980) parece entrar em cena. Em uma atualização da chave conceitual desenvolvida Goffman, Aggleton e Parker (2021) sugerem que estigma e discriminação devem ser analisados a partir da relação com o poder e a dominação, podendo estes fenômenos se manifestarem de distintas formas. O estigma pode ser então ser “[...] usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir desigualdades sociais” (Parker; Aggleton, 2021, p. 31). No caso de políticas públicas de saúde, a forma como são produzidos os discursos, o acesso (ou não) aos serviços de saúde e o modo de gestão das informações sobre formas de prevenção e

tratamento, por exemplo, podem estar imersas nesta lógica. Não estamos querendo aqui, elencar “culpados” ou “vítimas”, mas na verdade, demonstrar que embora a resposta à epidemia tenha avançado em termos biomédicos nos últimos anos (como a própria interlocutora menciona), percepções estigmatizantes persistem e se atualizam, às vezes, sem a total compreensão daqueles que acionam, pois são resultantes de questões estruturais.

Como vimos no tópico 3, com a definição territorial que estrutura a organização da Atenção Básica, a constituição de vínculos entre as equipes das UBS e a população adscrita ao território é um eixo importante. Esse elemento foi ressaltado por Estela, médica da unidade na época da realização da pesquisa quando questionada sobre a importância da vinculação dos profissionais de saúde com o território e com os usuários:

É demais, assim, acho que é o principal, porque se não tem vínculo, não tem nada. E assim, eu escutava minhas professoras de APS, que era Atenção Básica na época, aí eu falava: aí que coisa chata... parece... [inaudível]. Aí hoje eu vejo que é muito importante. Sério, sério mesmo. (Estela, médica da UBS na época da entrevista. Entrevista realizada no dia 07 de julho de 2022).

Remetendo ao passado de sua formação em medicina, reconhece que só a partir de sua inserção no campo da Atenção Básica é que passou a compreender a complexidade inerente à política pública de saúde. Abrindo um parêntesis, durante as observações etnográficas na UBS Amora, notamos uma rotatividade de profissionais de saúde, ao passo em que realizamos a entrevista com Estela em um dia, e em pouco tempo depois houve uma mudança. Esse processo de rotatividade foi percebido também na primeira fase da investigação (Silva; Vieira, 2019). Na conversa com a médica, ao se referir a uma experiência envolvendo uma demanda em HIV/Aids de uma mulher no território ela relata:

Ela iniciou o pré-natal aqui. Era uma outra médica que tava (*sic*). E aí, acho que ela já tinha o diagnóstico de HIV, sendo que ela não tomava a medicação corretamente e também não vinha regularmente para o pré-natal. É até envolvida com droga, um negócio assim. (Estela, médica da UBS na época da entrevista. Entrevista realizada no dia 07 de julho de 2022).

[...] E aí, meu deus do céu, o que aconteceu com ela... Sim, ela fugiu para João Pessoa. Parece que passou um tempo por João Pessoa, voltou, teve o bebê no HGM [Hospital Geral de Mamanguape] e lá no HGM mesmo eles acionaram o conselho tutelar. Enfim, viram a ficha do pré-natal dela, e quase não tinha nenhuma consulta, então eles vieram aqui. [...] E aí, o conselho tutelar veio aqui na... isso aí quando a criança nasceu e eu já trabalhava aqui, só que eu nem sabia desse caso, né? Aí quando o conselho tutelar veio, pediu o prontuário dessa paciente, sendo que eu nem nunca tinha atendido, a outra médica ela também não, ela não anotava no prontuário. Mas tem o controle do pré-natal, então tem o nome, aí a gente contou quantas vezes ela tinha vindo para o pré-natal. Só tinha vindo duas. (Estela, médica da UBS na época da entrevista. Entrevista realizada no dia 07 de julho de 2022).

A situação tensa descrita pela médica reforça a vulnerabilidade territorial apontada por Serena e chama atenção, a rede de atores e instituições emaranhados no caso (médicas, hospital, UBS, conselho tutelar, criança). Esse conjunto de agentes e suas ações estão enredadas em regimes de saber-poder caracterizados por hierarquias que produzem o enquadramento de tipos de subjetividades e corpos específicos (Foucault, 1976). Seguindo esse prisma analítico, Larissa Pelúcio e Richard Miskolci (2009, p. 130) explicitam que: “No caso da Aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social”. Há de forma visível uma tentativa de controle social do cenário e dos corpos das pessoas envolvidas, sobretudo, da mulher. Através dessa situação, podemos levantar mais algumas questões: o que está por trás da não regularidade do pré-natal e do tratamento para HIV? O que levou a mulher a fugir?

Mesmo não sendo possível identificarmos os motivos concretos através do relato da médica, trata-se de um *evento crítico* na vida da pessoa e daqueles que estão envolvidos. Eventos críticos são momentos de rupturas marcadas por violências que se manifestam no cotidiano, produzindo tensões, descontinuidades e sofrimento social, tendo o efeito de alterar as relações sociais (Das, 1995; Das, 2023). A Atenção Básica está diretamente relacionada com a dimensão cotidiana da vida das pessoas em seus territórios, especialmente, no cotidiano intrínseco aos adoecimentos e cuidados. Isso se apresenta de forma mais visível nas relações entre Agentes Comunitárias(o) de Saúde (ACS) e os usuários. Vejamos a seguir.

4.2. Caminhando com Íris em direção a Marjorie e Melissa: Atenção Básica, cotidiano e gênero

A(O) Agente Comunitária(o) de Saúde (ACS) é uma figura central na relação entre usuários e a vinculação de acesso aos serviços de saúde. Durante o processo investigativo, Íris, ACS na UBS Tulipa (bairro das Camélias) foi nossa principal interlocutora e mediadora de encontros. Foi nos diálogos com ela e por consequência de sua mediação que chegamos até Marjorie, Aurora e Melissa, mulheres vivendo com HIV/Aids (MVHA) que gentilmente se dispuseram a contar um pouco de suas experiências.

Residente do bairro das Camélias e trabalhando como ACS e com “uns 20 anos de trabalho”, Íris nos contou que a UBS Tulipa é relativamente recente:

Ela é uma das mais novas, se não me engano. A reforma, porém, é mais nova ainda. Aqui era um bar. Um bar grande, que foi alugado e colocou as famílias para serem atendidas aqui. (Íris, ACS da UBS Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022).

Interessante a conversão de um bar em uma UBS apontada pela interlocutora. De certa maneira, este fato informa sobre as reconfigurações urbanas ocorridas no bairro das Camélias. A vulnerabilidade territorial é logo nos apresentada quando questionamos sobre quais as atribuições de uma(um) ACS:

[...] nosso trabalho é orientação. Porém, eles [se referindo aos gestores] colocam a gente para fazer várias coisas que não cabem a gente e a gente também deixa um pouco a desejar por causa disso. Porque nossa luta é voltada para o foco de, somente orientação. A gente pode chegar nas famílias mais carentes e poder a chegar ajudar num foco de orientação maior. Mas assim, nosso ponto básico, é chegar nas pessoas e fazê-las entender de uma forma especial, que elas não são obrigadas as coisas, mas sim em querer buscar pelo menos um pouquinho de melhora para seus filhos, né, que é o que acontece principalmente nas áreas mais críticas, que no caso, a minha, que é a mais distante dessa unidade de saúde, e às vezes as pessoas reclamam que a gente paga transporte para vir pra cá, e paga pra voltar, e lá também é uma área mais carente. (Íris, ACS da UBS Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022)

Íris chama atenção de forma contundente sobre o papel das(os) ACS na relação de orientação das famílias que são assistidas no território demarcado. A distância da unidade apontada por ela, tem haver com a microárea de sua atuação. O serviço de saúde se organiza de modo em que cada ACS é responsável por uma microárea, sendo responsável pelo acompanhamento de um número X de famílias. Ao nos remetermos ao modo como se dá o processo de mapeamento dessas microáreas, Íris nos informou que já chega pré-estabelecido pela coordenação da Atenção Básica. Nas observações etnográficas, ao adentrarmos a unidade nos deparamos logo de cara, na sala de espera, com um mapa do bairro impresso e fixado em uma estrutura de banner. Nele, constam as delimitações territoriais com os nomes das(os) ACS responsáveis por cada área do bairro Camélias. A luz da analítica feita por Brian Harley (2009), os mapas devem ser:

[...] considerados como parte integrante da família mais abrangente das imagens carregadas de um juízo de valor, deixando de ser percebidos essencialmente como levantamentos inertes de paisagens morfológicas ou como reflexos passivos do mundo dos objetos. Eles são considerados imagens que contribuem para o diálogo num mundo socialmente construído. (Harley, 2009, p. 02).

Juízos de valores se apresentaram em alguns momentos da conversa com Íris, como quando a interlocutora nos explica que sua área de atuação está situada próxima a uma comunidade indígena:

E lá também é uma aldeia, né, aí que... a educação é um pouco primitiva. Porque pra lá é aldeia, é primitiva. Porque o pessoal de lá crê em outras coisas que não vê as coisas da saúde em si, como base (*sic*). Então a gente tem que estar em cima, porque se não, não tem como. (Íris, ACS da UBS Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022)

No decorrer da pesquisa, percebemos que a relação entre o atendimento às populações indígenas e não-indígenas, embora opere, a partir de prerrogativas próprias, por exemplo, as prerrogativas relativas à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas (Brasil, 2002), está intrinsecamente imbricada, acontecendo o atendimento de pessoas indígenas também nas UBS consideradas urbanas. Essa relação, contudo, apresenta algumas tensões no que se refere às atribuições e metas a serem alcançadas pelas UBS urbanas e pelo Posto de Saúde Indígena no que tange ao repasse de recursos e no acesso a direitos específicos (especialmente no caso das populações indígenas). Notamos aqui, o complexo emaranhado que envolve o território da UBS Tulipa.

Território este em que tivemos acesso às histórias de Melissa e Marjorie, mulheres vivendo com HIV, uma com 38 anos de idade e a outra com 58, respectivamente (no ano da entrevista), cuja autoafirmação étnica utilizada pela primeira foi “morena” e indígena pela segunda. Ambas são mães, sendo que Melissa tem 3 filhos e está em uma relação conjugal (não ficou claro durante a entrevista se o marido também vive com HIV) e Marjorie tem 1 filho e não está em uma relação conjugal (inclusive enfatizou que não deseja entrar em relacionamentos afetivos).

Melissa, recebeu o diagnóstico positivo para HIV durante a realização do pré-natal na UBS Tulipa: “É... assim... [pausa rápida] ... Eu não sabia não, né, o que era isso, aí eu descobri quando estava fazendo exame, né, de pré-natal, né...”. (Melissa. Entrevista realizada no dia 05 de julho de 2022). Já Marjorie, nos contou que recebeu o diagnóstico no Hospital Clementino Fraga (Hospital de atendimento especializado voltado às condições infectocontagiosas localizado na cidade de João Pessoa) anos após, segundo ela, o seu envolvimento com uma pessoa vivendo com HIV. A descoberta, no caso de Marjorie, foi perpassada por um processo de adoecimento desconfortável e pela opção dela em se direcionar diretamente para o Hospital Clementino, ao invés de procurar atendimento no município. Na entrevista, a interlocutora dá a entender que o motivo pelo qual procurou o

serviço na capital do estado se deu porque já suspeitava de que poderia estar com HIV devido informação sobre a sorologia de seu ex-companheiro, por isso, seguiu para o Hospital Clementino - já que segundo ela, na época não havia atendimento em Rio Tinto (Marjorie vive há mais de uma década com o HIV).

Os diagnósticos das interlocutoras se deram em diferentes espaços de atendimento: a UBS e o Hospital e foram atravessados pelos acontecimentos ordinários da vida cotidiana (Das, 2023). Como podemos perceber nas entrevistas com as gestoras trazidas para o debate, é mencionada a preferência das(os) usuárias em serem atendidas diretamente no SAE. Mesmo que tenha recebido o diagnóstico e tenha realizado todo o pré-natal na UBS Tulipa, quando questionada sobre a frequência com que vai até a unidade, Melissa diz não frequentar com tanta assiduidade e que o seu tratamento e acompanhamento acontece no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa. O deslocamento dos usuários para João Pessoa parece estar conectado à possibilidade de um certo “anonimato relativo” (Velho, 2000) que a capital pode oferecer no que tange o resguardo do sigilo sobre o *status* sorológico, amenizando assim os processos de estigmatização aos quais estariam expostas e, conseqüentemente, possibilitando um manejo do que se mostra e o que se esconde. Além disso, há que se colocar em evidência também, as possibilidades e serviços que a Atenção Básica dispõe para tratar de uma condição crônica de saúde: exames de contagem de carga viral, dispensação de medicamentos antirretrovirais, entre outros serviços que podem direcionar a preferência e escolhas dos usuários em serem atendidos diretamente nos serviços especializados.

Um outro ponto que vale nos determos, se trata de que, nas falas das gestoras, e reforçado por Melissa, o diagnóstico através da testagem durante o pré-natal aparece enquanto um momento em que é mais comum visualizar casos positivos para HIV. Isso nos leva a perceber uma centralidade da Atenção Básica e do direcionamento de profissionais de saúde para a Atenção à Saúde Materno-Infantil e na posição que as mulheres ocupam. O trabalho de Dayse Santos (2005) nos relembra, por exemplo, que na implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) o foco em seus anos iniciais se voltava para educação em saúde e a saúde materno-infantil. Como argumentamos em análises recentes:

Embora a testagem em gestantes seja uma importante estratégia preventiva, é interessante pensar em medidas que possibilitem o diagnóstico precoce dessas mulheres (antes da gravidez), bem como a inclusão de outros usuários/as como alvo de cuidado em HIV/Aids. (Silva et al., 2022, p.13).

Com a atribuição do sentido atrelado às mulheres e seus corpos como predispostos à maternidade e ao cuidado da família, os serviços de saúde podem acabar reforçando perspectivas tradicionais de um modelo de “família tradicional” de família cuja responsabilização recai sobre a mulher, representando uma tendência materna no campo da saúde (Santos, 2005, p. 24).

Nos relatos e experiências nos quais nós apoiamos, a dimensão da territorialidade do cuidado em HIV/Aids, está imersa é um paradoxo (Zambenedetti; Silva, 2015, p. 238). A premissa da aproximação e melhor apreensão da realidade dos grupos que estão situados na mesma espacialidade das UBS recomendada, é tensionada pelos efeitos sociais de uma epidemia que produziu//produz discriminação, estigmatização e preconceitos. E ainda, a persistência de um imaginário social da Aids como uma “doença do outro” (Knauth, 1997, p. 291) e de grandes núcleos urbanos (Silva; Oliveira Neto; Moraes, 2022, p. 20) acabam por produzir discontinuidades nas relações entre profissionais de saúde, gestores em suas comunidades e repelem pessoas vivendo com HIV/Aids dos serviços de saúde em seus contextos interioranos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise antropológica acerca dos modos como (e se) são articuladas as linhas de cuidado em HIV/Aids em uma pequena cidade interiorana do litoral norte paraibano fornece-nos elementos que nos ajudam a verificar uma complexa teia de fenômenos emaranhados na proposta de descentralização da atenção em HIV/Aids.

Embora a estratégia seja assegurada em prerrogativas ministeriais e protocolos para o manejo da infecção na Atenção Básica, os pressupostos organizativos da descentralização esbarram em dinâmicas sociais e que desafiam a efetividade da gestão de um cuidado descentralizado, a medida em que, os territórios tomados na análise são interpelados por dispositivos biopolíticos, processos de estigmatização e marcação social que se manifestam nas relações entre gestores, profissionais de saúde e usuários vivendo com HIV/Aids.

O enfoque na atenção materno-infantil e no controle dos corpos das mulheres no âmbito da Atenção Básica com a atenção direcionada ao planejamento familiar, posiciona as mulheres (profissionais de saúde, gestoras e usuárias) em um eixo central na política, tornando este, um elemento também a ser levado em consideração e que se correlaciona nos

casos aqui apresentados com a centralidade de gestantes na paisagem epidemiológica municipal, abrindo margem para refletirmos sobre aspectos relativos à transmissão vertical (quando a transmissão ocorre de mãe para bebê) e conjugalidades e relações soropositivas e sorodiferentes (Silva, 2020).

A interioridade manifestada nas relações tecidas nos cotidianos analisados revela a ausência de incentivo de políticas de HIV/Aids voltadas às cidades interioranas. A territorialidade do cuidado em HIV/Aids na Atenção Básica se apresenta como um paradoxo imerso em contradições. Além disso, imaginários sobre a Aids como uma “doença do outro” parece produzir invisibilidades e silenciamentos em torno do viver com o vírus na cidade, no bairro e nas UBS. Se verificamos experiências mais efetivas da estratégia em metrópoles, o contexto etnográfico apresentado neste estudo chama atenção para a importância do direcionamento de um olhar tanto programático (em nível de governos), quanto epistemológico (em nível antropológico).

Sem a pretensão de esgotar a discussão, esperamos que este estudo e as análises aqui empreendidas, possam extrapolar o contexto de Rio Tinto e chegar até pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em diferentes espaços de produção de cuidado e como consequência, produzir uma contribuição, no sentido de orientar políticas públicas de saúde da Atenção Básica e/ou produzir mais visibilidade para o tema da Estratégia de Descentralização da Atenção em HIV/Aids. Por fim, esperamos também, que o estudo some a outras abordagens antropológicas no campo da saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; PARKER, R. (Org) *Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder*. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999: pp. 49-72.

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. *Estigma, discriminação e Aids*. 2ª ed. Abia: Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi vuvrj5Z2CAxV4P7kGHc04DC4QFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100>

%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fgeral%2Fpnab.pdf&usg=AOvVaw3lRvm_6grs30BlE0OorftD&opi=89978449 . Acesso em: 28 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html . Acesso em: 10 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/cadernode-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica> Acesso em: 28 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção Combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64901/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf?file=1&type=node&id=64901&force=1. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico – HIV/Aids 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

CALAZANS, Gabriela. *Prevenção do HIV e da Aids: a história que não se conta/a história que não te contam*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2021. Disponível em: <https://abiids.org.br/prevencao-do-hiv-e-da-aids-a-historia-que-nao-se-conta-a-historia-que-nao-te-contam/33603#:~:text=Lançamento-,Prevenção%20do%20HIV%20e%20da%20AIDS%3A%20A%20história%20que%20não,realizado%20no%20Rio%20de%20Janeiro>. Acesso em 25 de outubro de 2023.

CARNEIRO, Rosamaria; FLEISCHER, Soraya. Em Brasília, mas em Recife: atravessamentos tecnometodológicos em saúde, gênero e maternidades numa pesquisa sobre as repercussões da epidemia do vírus Zika. *Saúde e Sociedade [online]*, 2020, v. 29, n. 2,

e180600. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180600>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

CLEMENTINO, M. O.; SOUZA, M. A. S. L. . Interiorização do HIV/Aids: análises gerais da epidemia no Estado da Paraíba. In: *II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde*. Campina Grande: PB, 2017. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/anais.php>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

DANIEL, Herbert. *Vida antes da morte*. São Paulo: Tipografia Jaboti, 1980.

DAS, Veena. *Critical events - an anthropological perspective on contemporary India*, Oxford University Press, Delhi, 1995.

DAS, Veena (1945). *Aflição: saúde, doença, pobreza*. Tradução Bruno Gambarotto – São Paulo: Editora Unifesp, 2023.

DOMINGUES, Bruno Rodrigo Carvalho; GONTIJO, Fabiano. Como assim, cidade do interior? Antropologia, urbanidade e interioridade no Brasil. *Ilha Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 23, n. 3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/74075>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

DUARTE, Larissa Costa; RHODEN, Fabíola. As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas. *Em Construção*, v. 5, p. 22-36, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/emconstrucao/article/view/40840> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

DINIZ, Débora. A pesquisa social e os comitês de ética no Brasil. In: FLEISCHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (Orgs.). *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica*. Rosana Castro, Bruna Seixas, Daniel Simões (Colaboradores). Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 183-192. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ppgedu/Texto2_Etica.pdf . Acesso em: 10 de outubro de 2023.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: a Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1976.

FRANCH, M. Balas mágicas ou cápsulas encantadas? Sobre intervenções biomédicas para a prevenção do HIV. In: PORTO, R.; NEVES, R.C.; VALLE, C.G. *Saúde, movimentos sociais e direitos*. Natal: Editora da UFRN, 2021 (no prelo).

GALVÃO, Jane. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GLUCKMAN, Max. Análise de uma situação social na Zululândia moderna. In: FELDMAN-BIANCO, Bela (Org.). *Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos*. 2ª Ed. São Paulo: EDITORA UNESP, 2010.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

KNAUTH, Daniela Riva. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS. *Estudos Feministas*, vol. 5, no. 2, 1997, pp. 291–301. JSTOR. Disponível em: www.jstor.org/stable/43904549. Acesso em: 24 de outubro de 2023.

HARLEY, Brian. Mapas, saber e poder. *Confinos* [online], 5, 2009, 24 de abril. 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confinos/5724?lang=pt> . Acesso em 24 de outubro de 2023.

MAISON, Carolina La. *Vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS nas unidades básicas de saúde do município de Cuiabá*. (Dissertação de Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <doi:10.11606/D.7.2014.tde-16042015-162116>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

MARCUS, George. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annual Review of Anthropology*, n. 24, p. 95-117, 1995. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.24.100195.000523>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

MELO, Eduardo; MAKSUD Ivia; AGOSTINI Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev. Panam. Salud Publica*. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e151/>. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos, DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais. *Rev APS*, 2009; 12:204-13. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

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

NEVES, Ednalva; NASCIMENTO, Pedro. Sobre o GRUPESSC: de uma perspectiva crítica sobre saúde, gênero e geração. *ÁLTERA REVISTA DE ANTROPOLOGIA*, v. 1, p. 24-36, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/altera/article/view/41693>. Acesso em: 09 de outubro de 2023.

OLIVEIRA NETO, Francisco Paulino de. Etnografando em/sobre/com pandemias: questões ético-metodológicas de uma pesquisa sobre as sinergias entre a Aids e a Covid-19. In: *Anais do II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid: desafios metodológicos e éticos*, 2021 João Pessoa: PPGA/UFPB, 2021. v. 02. p. 149-152. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1V-Hf4R1BmkGrMzaFlJmWHkFX1F5MMnDU?usp=sharing>. Acesso em 05 de outubro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Histórico da Pandemia de Covid*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 04 de outubro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19*. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/230307-chefe-da-organização-mundial-da-saúde-declara-o-fim-da-covid-19-como-uma-emergência-de-saúde> . Acesso em: 04 de outubro de 2023.

OLIVEIRA, Thiago de Lima; DAMASCENO, Éverson de Brito; MELO, Lucas Pereira de. Viver com HIV/Aids em contextos descentrados: articulações e modos de pensar (em torno de) subjetividades políticas. *Cadernos Pagu* [online], Campinas, n. 62, p. 1-17, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/zh7NZcpS9wTGPMcJg8dtg-vD>>. Acesso em: 20 de outubro de 2023.

PALITOT, Estevão Martins. Os Potiguara de Monte-mór e a cidade de Rio Tinto: a mobilização indígena como reescrita da história. *Revista de Estudos e Investigações Antropológicas*, Recife, ano 4, v. especial 2, p. 191-215, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/reia/article/view/230057/28987>>. Acesso em: 23 de outubro de 2022.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022. João Pessoa: Gerência Operacional das IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, 2022. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEppWS0qiCAxUIH7kGHbQJDLgQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fparaiba.pb.gov.br%2Fdiretas%2Fsaude%2Fconsultas%2Fvigilancia-em-saude-1%2Fboletinsepidemiologicos&usg=AOvVaw00kN1BS8A2TShZoGaDFoyT&opi=89978449> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

PARKER, Richard. *O fim da Aids?*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2015. Disponível em: <https://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618> . Acesso em 28 de outubro de 2023.

PASQUINI, Patrícia. Com longevidade de pacientes com HIV, governo atualiza tratamento. *Folha de São Paulo*. São Paulo. 08 de outubro de 2023. Saúde. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2023/10/com-longevidade-de-pacientes-com-hiv-governo-atualiza-tratamento.shtml> . Acesso em: 28 de outubro de 2023.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p. 125-157, 2009. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/133#:~:text=O%20dispositivo%20raramente%20pro%20C3%ADbe%20ou,como%20amea%20C3%A7adores%20da%20ordem%20social>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

PEIRANO, Mariza. A história que me orienta. In: SCOTT, Parry; CAMPOS, Roberta Bivar; PEREIRA, Fabiana (Orgs.). *Rumos da antropologia no Brasil e no Mundo: geopolíticas disciplinares*. Recife: Editora UFPE, 2014. p. 17-33. Disponível em: http://www.marizapeirano.com.br/capitulos/2014_a_historia_que_me_orienta.html. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

REIS, Cláudia Tartágua; CZERESNIA, Dina; BARCELLOS, Christovam; TASSINARI, Wagner Souza. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(6). Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3850> . Acesso em 23 de outubro de 2023.

SÁEZ, Javier; CARRASCOSA, Sejo. *Pelo cu: políticas anais*. Tradução Rafael Leopoldo. Belo Horizonte, MG: Letramento, 2016.

SANTOS, Dayse Amâncio dos. *Programa de Saúde da Família: família é assunto de saúde?*. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/635> . Acesso em: 24 de outubro de 2023.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 20, n. 57, p. 293-304, 2016 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca; VIEIRA, Melba. (Re)pensando o HIV/Aids: novas respostas, velhos dilemas. *Revista Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 8, p. 11168-11188, 2019. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/issue/view/63>>. Acesso em: 10 de outubro de 2023.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca. *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids [recurso eletrônico]*. João Pessoa : Editora UFPB, 2022

SILVA, Luziana Marques da Fonseca; OLIVEIRA NETO, Francisco Paulino de; MORAES, Gabriel Cavalcante Bueno de. Interações sinérgicas entre o HIV/Aids e a Covid-19: a descentralização do cuidado em HIV/Aids na atenção básica em Rio Tinto/PB (Paraíba). *Áltera Revista de Antropologia*, v. 14, p. 01-25, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/altera/article/view/64981> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

TAVARES, Thais Raquel Pires. *Em posse de um segredo que não era meu: silêncios e segredos em torno do viver com HIV/AIDS no sertão nordestino*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi. Santa Cruz, RN, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/30740> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

UNAIDS. *90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da AIDS*. UNAIDS, 2014. Disponível em: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

UNAIDS. *Declaração Política sobre HIV e AIDS: acelerar a resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030*. Nova York: Assembleia Geral das Nações Unidas: 2016 Reunião de Alto Nível sobre o fim da AIDS, 2016. Disponível em:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjS4pPP3Z2CAxVUI7kGHc8kAE4QFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Funaid.org.br%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F11%2F2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf&usg=AOvVaw3tR3KQDKJxzNyw0PNtfcJe&opi=89978449 . Acesso em: 28 de outubro de 2023.

UNAIDS. *Estratégia Global para a AIDS 2021-2026. Acabar com as desigualdades. Acabar com a AIDS*. UNAIDS, 2021. Disponível em: <https://unaid.org.br/estrategia-global-para-aids/> , Acesso em 28 de outubro de 2023.

UNAIDS. *O caminho que põe fim a AIDS*. UNAIDS, 2023. Disponível em: <https://unaid.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaid-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/> . Acesso em: 28 de outubro de 2023.

VELHOS, Gilberto. Individualismo, anonimato e violência na Metrópole. *Horizontes Antropológicos*, 13:15-26, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/PDQbgwGmqB7qZsgHcvCVphN/> . Acesso em: 24 de outubro de 2023.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. *O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde* [tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS): 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115057>. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 20, n. 4, p. 229-240, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vydFHV6RjCkfhXYsKdT8zmt/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.