



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



**GABRIEL CAVALCANTE BUENO DE MORAES**

**“ESSA É A MINHA CURA!”: UMA ETNOGRAFIA DAS EXPERIÊNCIAS DE  
VIDA DE MULHERES VIVENDO COM HIV EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

**RIO TINTO – PARAÍBA  
2024**

GABRIEL CAVALCANTE BUENO DE MORAES

**“ESSA É A MINHA CURA!”: UMA ETNOGRAFIA DAS EXPERIÊNCIAS DE  
VIDA DE MULHERES VIVENDO COM HIV EM RIO TINTO (PARAÍBA)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Bacharelado em  
Antropologia da Universidade Federal da Paraíba  
como requisito complementar para obtenção do  
título de Bacharel em Antropologia.

**Orientadora:** Profa. Dra. Luziana Marques da  
Fonseca Silva.

**RIO TINTO – PARAÍBA  
2024**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

M827e Moraes, Gabriel Cavalcante Bueno de.

"Essa é a minha cura!" : uma etnografia das experiências de vida de mulheres vivendo com HIV em Rio Tinto (Paraíba) / Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes. - Rio Tinto, 2024.

88 f. : il.

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

1. HIV/aids. 2. Experiências de vida. 3. Descentralização. 4. Interioridade. I. Silva, Luziana Marques da Fonseca Silva. II. Título.

UFPB/CCAÉ

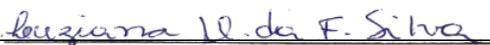
CDU 39:578.828

GABRIEL CAVALCANTE BUENO DE MORAES

**“ESSA É A MINHA CURA!”**  
UMA ETNOGRAFIA DAS EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES VIVENDO  
COM HIV EM RIO TINTO (PARAÍBA)

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Banca Examinadora designada pelo curso de Bacharelado em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do grau de Bacharelado em Antropologia.

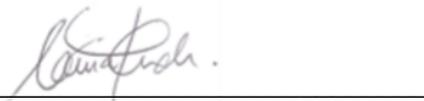
**BANCA EXAMINADORA**

Assinatura: 

Prof. Dra. Luziana Marques da Fonseca Silva  
Orientadora - DCS/CCAUE/UFPB

Assinatura: 

Prof. Dra. Luciana Maria Ribeiro de Oliveira  
Examinadora - CCAE/UFPB

Assinatura: 

Prof. Dra. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez  
Examinadora - DCS/CCHLA/UFPB

Assinatura: 

Prof. Dr. Lucas Pereira de Melo  
Examinador - EERP/USP

Rio Tinto, 31 de Outubro de 2024.

## DEDICATÓRIA

Às pessoas que vivem e viveram com HIV, que em meio a tantos caminhos percorridos e tantas experiências vividas, a coragem sempre foi companheira para resistir ao estigma e preconceito.

Aos profissionais de saúde que incorporaram a solidariedade como princípio basilar de acolhimento, também dedico este trabalho.

## AGRADECIMENTOS

Encontrei nos escritos de Antônio Bispo dos Santos – grande mestre Nego Bispo – em “A terra dá, a terra quer” o sentido que tanto procurei para expressar meus agradecimentos, e pude perceber que, na verdade, quero transfigurá-los em afetos, e promovê-los diante de tantas afetações positivas, tal qual venho percebendo ao longo da minha vida. Parafraseando Nego Bispo, afetos não são trocados, são compartilhados, e é graças a essa teia de compartilhamentos, de reciprocidades e confluências que estou aqui, afetadamente agradecendo.

O maior agradecimento de todos é para meus pais, Evandro Moraes e Viviane Cavalcante, por demonstrarem que a distância geográfica não diz nada quando fazemos morada em nossos corações. Eles me incentivam e sempre me lembram que sou capaz de alcançar meus sonhos e, independente de tudo, sei que estarão comigo. Sou tão grato por me ensinarem a vida, o mundo e por confiarem que eu seria capaz de desbravar todas as desventuras que os transbordam. Essa e qualquer outra conquista, terá a marca de vocês.

À Luziana Silva, minha querida orientadora e amiga, pela gentileza, acolhimento e paciência ao longo destes anos. Luziana é pulso firme quando se trata de lembrar da nossa própria capacidade, mas é coração mole para chorar e comemorar as conquistas, o desenvolvimento e o amadurecimento de seus alunos, especialmente de seus orientados. De maneira ímpar, Luziana mostrou-me que há, sim, professores cujo respeito seja sua principal ferramenta de ensino. Muito obrigado.

À minha família: tia Cilene, tia Elenice, tia Mislene, meu irmão Murilo e minha cunhada Desyre; meus primos Leonardo, Alexandre, Alice, Marina e Melissa. Tenho sorte em tê-los em minha vida, e mais sorte ainda em ter vocês como aporte familiar.

À minha grande avó, dona Josefa Santos. Sem as comunicações dos seres de luz, de seu Zé Pilintra e, é claro, sem os seus gentis conselhos, não tenho dúvidas de que não teria a coragem que tenho hoje. Exemplo forte de pessoa caridosa, amável, gentil e bondosa; agraciada por Oxalá com o colo mais caloroso e o maior dom que se há: o amor.

Aos meus queridos amigos e amigas: Breno Barbosa, Michele Sontachi, Gabriel Bragiatto, Arthur Vieira, Rafael Calou, Josi Pinto, Giovani Oliveira, Jéssica Alves, Jhonny Bandeira, Klinsmann Freitas, Rafaella Paloma, Emerson Amorim, Raimundo Ferreira, Joyce Samara, Katherine Teixeira, Akim de Paula, Isaque Moraes, Marcelo Lira, Sofia Morais, Rudhere Judson, Benício Dantas, Carol Kaneda, Gabi Novaes,

Marçal Costa e Wesley Lima. O afeto de cada um, em sua singularidade, me fez perceber que estou muito bem acompanhado na caminhada da vida.

À minha patotinha muito-do-bem: Joyce Ferreira, Kauã Henrique e Francisco Junior. Obrigado pelos jogos, pelas noites de vinhos e drinks duvidosos, pela companhia nas incessantes filas do RU, saidinhas e conversas nas quais sempre utilizamos o riso como manutenção dos sentimentos negativos. Que nossas relações sejam sempre revestidas de muito afeto.

Em especial, estendo meus agradecimentos ao Francisco, pelas tantas afetações ao longo dos cinco anos dividindo moradia. Sinto que se nossos caminhos não tivessem se cruzado, (eu) nunca teria chegado ao fim da conclusão do curso. Parceiro das inquietações, dos cafés de fim de tarde, das músicas, dos almoços e jantares e tantos outros elementos fundamentais que moldam a leveza da nossa amizade. Manter minha vida em Rio Tinto teve um apreço muito maior dividindo este tempo com Fran, apreço que levarei pelo resto da minha vida.

À Nami, minha princesa de quatro patas, motivo de uma saudade diária que me gera, a todo momento, anseio para receber vários (e vários mesmo!) lambeijos.

À Maria Teresa, pela leveza de uma amizade unida ao longo da graduação que levaremos até existirmos. E à seus pais, Heraldo e Tereza, pelo cuidado, zelo, incentivos e, sobretudo, pela amizade. Vocês se tornaram a minha segunda família.

À toda equipe do projeto de Extensão “Falando Sobre Aids”, no qual faço parte desde 2020 e sigo aprendendo desde então. Agradeço também ao Francisco de Oliveira Neto, parceiro de pesquisa, pelas trocas tão necessárias ao longo de nossas pesquisas.

Ao macroprojeto “Antropo-covid”, no qual fui bolsista de 2020 a 2023, pela rede de compartilhamento, pelos ensinamentos e aprendizados ao longo da minha trajetória. Também agradeço à Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco (FADE/UFPE), que, através do Antropo-covid, concedeu minha bolsa de iniciação científica e me auxiliou grandemente na permanência na graduação. O mesmo vale para as pró-reitorias de Assistência e Promoção ao Estudante e de Pesquisa (PRAPE/PROPESQ), pelos auxílios e bolsas que também financiaram minha continuidade acadêmica.

Ao Grupo de Pesquisa em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB) e a todas as maravilhosas pessoas que estão vinculadas a ele. O pouco que me entendo enquanto pesquisador em processo de amadurecimento foi graças às oportunidades que o Falando Sobre Aids, o Antropo-covid e o GRUPESSC me proporcionaram.

Sou imensamente grato ao professor Lucas Melo e às professoras Mônica Franch e Luciana Ribeiro por gentilmente aceitarem o convite para compor a banca desta monografia. São três referências não apenas nas discussões que permeiam esta pesquisa, mas, também, professores excepcionais, especialmente por fazerem de suas pedagogias um ato de resistência. Sou privilegiado em tê-los como avaliadores deste trabalho.

Aos docentes da graduação em Antropologia que marcaram minha experiência acadêmica, por auxiliarem na abertura das lentes da antropologia e do fazer antropológico.

À todas as agentes e profissionais de saúde, interlocutoras e gestoras que permitiram minha presença ao longo desta pesquisa. Todas que foram citadas ao longo desta monografia – e sem exceção – contribuíram para meu amadurecimento em trabalhar antropologia com/na/sobre saúde e para meu desenvolvimento enquanto pesquisador. Que este trabalho possa contribuir, de alguma forma, com vocês.

Ao Stevson Lourran, meu amorzão, meu companheiro, que desde 2020 tem me mostrado que a vida pode ser querida e apreciada em conjunto. Thevi é meu carinho, meu denço, meu cheirinho preferido; é minha pessoa *Iluminada* de Maria Bethânia, minha *Cama com linho e sol* de Versos que Compomos na Estrada, e, sem dúvidas, é meu antropólogo-deseenhista preferido. Que nossos caminhos continuem sendo guiados pela brisa leve de um amor sereno.

Por fim, agradeço à Universidade Federal da Paraíba, por ter concedido tantos aprendizados e permitido trajar seu nome em minha trajetória. Também sou grato pela existência deste espaço para evidenciar tantos afetos que, muito provavelmente, não conseguiria expressar de outra maneira.

## EPÍGRAFE

*(in)visíveis, (r)existimos até onde  
conseguirmos ir com nossos sonhos.*

(Rafaela) Rafuska Queiroz, 2022.

## RESUMO

Nesta monografia proponho analisar as experiências de vida de três mulheres vivendo com HIV em Rio Tinto, município localizado no litoral norte paraibano, levando em consideração as relações na dinâmica entre sujeito-saúde-território. Os dados etnográficos consistidos neste trabalho são embasados a partir de uma pesquisa etnográfica realizada entre os anos de 2020 a 2023, cujo foco central se concentrou em uma unidade básica de saúde, localizada em um bairro geograficamente afastado de Rio Tinto, visando a compreensão das prerrogativas e aplicações da política de descentralização do cuidado em HIV/aids no município, especialmente na unidade em questão. As três mulheres (Melissa, Marjorie e Aurora) são residentes do referido bairro – demarcado pelos profissionais da rede de atenção básica municipal como uma área vulnerável –, e precisam se locomover até a capital paraibana João Pessoa, localizada a cerca de 75 quilômetros de distância de Rio Tinto para realizar todos os serviços voltados à atenção à saúde. A abordagem antropológica foi construída para aproximar suas experiências de viver com HIV com as relações entre o território, os serviços de saúde e toda dinâmica individual e coletiva. Os resultados apontam que há, perante os desafios ao acesso ao cuidado e as implicações das dinâmicas territoriais, diferentes estratégias empregadas ao longo da vida para contornar o estigma e lidar com tais efeitos.

**Palavras-chave:** HIV/aids. Experiências de vida. Descentralização. Interioridade.

## ABSTRACT

In this monography, I propose to analyze the life experiences of three women living with HIV in Rio Tinto, a municipality located on the northern coast of Paraíba, considering the relationships within the dynamics of subject-health-territory. The ethnographic data underpinning this work are based on an ethnographic study conducted between 2020 and 2023, with a central focus on a primary health care unit located in a neighborhood geographically distant from Rio Tinto. The aim was to understand the prerogatives and applications of the policy of decentralizing HIV/AIDS care in the municipality, especially in the unit in question. The three women (Melissa, Marjorie, and Aurora) reside in this neighborhood – identified by professionals of the municipal primary care network as a vulnerable area – and must travel to the state capital, João Pessoa, about 75 kilometers away from Rio Tinto, to maintain their antiretroviral therapy. The anthropological approach was constructed to bring their experiences of living with HIV closer to the relationships between territory, health services, and the broader individual and collective dynamics. The results indicate that, in light of the challenges to accessing care and the implications of territorial dynamics, different strategies have been employed throughout their lives to navigate stigma and manage its effects.

**Keywords:** HIV/AIDS. Life Experiences. Decentralization. Interiority.

## **LISTA DE SIGLAS**

**AB** - Atenção Básica de Saúde

**AIDS** - Acquired Immunodeficiency Syndrome

**CF** - Hospital de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga de João Pessoa

**HIV** - Human Immunodeficiency Virus

**HU** - Hospital Universitário Lauro Wanderley de João Pessoa

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**SAE** - Serviço de Atendimento Especializado

**SESAI** - Secretaria de Saúde Indígena

**TARV** - Terapia antirretroviral

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. ENTRE POLÍTICAS, DECRETOS E MOVIMENTAÇÕES: O HIV/AIDS NO CENÁRIO BRASILEIRO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Descentralização do cuidado e as preconizações das políticas de saúde em HIV/aids.....	17
1.2 Os processos estigmatizantes às experiências das pessoas vivendo com HIV: marcadores sociais, estigma e vulnerabilidade.....	18
<b>2. PERCURSOS: DEFINIÇÕES ETNOGRÁFICAS E O CONSTRUCTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
2.1 Do campo virtual ao campo <i>in loco</i> : primeiros caminhos.....	23
2.2 Definições metodológicas: a pesquisa antropológica com/na saúde.....	25
<b>3. EMARANHADOS TERRITORIAIS: ENTRE AS UNIDADES BÁSICAS, AS AGENTES DE SAÚDE E A ÁREA ADSCRITA.....</b>	<b>29</b>
3.1 Inserção, aceite e imersão: experienciando a atenção básica e o território.....	29
3.2 Território e interioridade: as dinâmicas da vulnerabilidade do bairro das Camélias.....	35
<b>4. EXPERIÊNCIAS: AS NARRATIVAS DE MELISSA, MARJORIE E AURORA.....</b>	<b>41</b>
4.1 Melissa.....	42
4.2 Marjorie.....	49
4.3 Aurora.....	57
4.4 Analisando as tessituras: o que as narrativas de Melissa, Marjorie e Aurora podem nos falar?.....	65
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>

## INTRODUÇÃO

No campo do HIV/aids<sup>1</sup>, múltiplas remodelações estiveram sendo empregadas ao longo dos seus cinquenta anos de existência. Em nível global, metas estiveram presentes nos seus indicadores e cada vez mais as discussões passaram a adentrar nas vivências e experiências do que diz respeito a viver com HIV/aids. Embora os estudos que estão envoltos nas discussões do acesso ao cuidado e aos serviços direcionados ao HIV/Aids tenham ganho espaço nas Ciências Humanas, especialmente nas Ciências Sociais, principalmente em pesquisas cujo lócus seja em grandes cidades, ainda parecem poucos os que circulam nas vivências e experiências das pessoas vivendo com HIV/aids em cidades interioranas.

A pesquisa etnográfica desta monografia, foi realizada em um município interiorano chamado Rio Tinto, localizado no litoral norte paraibano, há mais ou menos 75 quilômetros da capital paraibana João Pessoa, e possui uma população de cerca de 24.581 habitantes (IBGE, 2022). Rio Tinto apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,585, que, segundo Oliveira Neto (2023), está “alocado na faixa mais baixa dos indicadores no estado” (2023, p. 26). Em sua organização da atenção básica, possui 09 unidades básicas de saúde, sendo 04 nas zonas urbanas e 05 nas zonas rurais. Além disso, Rio Tinto é um município cuja própria construção histórica está intimamente ligada aos grupos étnicos que habitam o território, a ver, o povo Potiguara.

Trata-se de uma investigação iniciada em 2016 (Silva; Vieira, 2019) na qual tudo indicava, tanto pelos munícipes de outras localidades da cidade, como pelas gestão municipal vigente nos respectivos anos, que seria um território categorização pelo signo de vulnerabilidade e um local abrangente de transmissão pelo vírus (Silva; Vieira, 2019), na qual nomearemos aqui como bairro das Camélias e bairro das Flores. A partir da 2ª fase de pesquisa (2020-2021), centralizamos o rumo da pesquisa direcionando os olhares para esses bairros e analisar os fenômenos que estão incutidos na territorialidade e nas prerrogativas da descentralização do cuidado em HIV/aids, principalmente quando se pensa em um recorte na saúde e os efeitos que perpassam a vida dos seus usuários e das pessoas vivendo com HIV (Silva; Moraes; Oliveira Neto, 2022; Oliveira Neto, 2023). Neste período, cujo momento foi marcado pelo advento da Covid-19 e todas as

---

<sup>1</sup> HIV (Human Immunodeficiency Virus), leia-se: Vírus da Imunodeficiência Humana e AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) leia-se: Síndrome da Imunodeficiência Humana. Nesta monografia, emprego “aids” em sua grafia minúscula por seu formato substantivo. Em algumas passagens poderão ter “Aids” ou “AIDS”, em respeito da grafia utilizada por determinado/a autor/a.

interposições que tal situação mundial ocasionou, remodelamos as propostas metodológicas e nos concentramos, através de intermediações e interlocuções via *online*, especialmente pela plataforma *Google Meet*. Neste sentido, analisamos as prerrogativas que estão instituídas na proposta da descentralização dos serviços em HIV/aids e como estas apareciam (ou não) nas unidades básicas Amora e Tulipa a partir das falas das gestoras municipais, dos documentos da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), relatórios e boletins epidemiológicos.

Já na terceira fase, com a flexibilização das medidas sanitárias e minha imersão ao campo no final de 2021, foi possível se aproximar, através da unidade básica Tulipa (e ao lado das parcerias realizadas com seus profissionais), de três mulheres vivendo com HIV moradoras do bairro das Camélias – Melissa, Marjorie e Aurora – e compreender como suas experiências estavam atravessadas por tais prerrogativas e como a relação entre cuidado e território poderiam ser pensadas através de suas narrativas. Na etnografia realizada nesta etapa, pude acompanhar o manejo de trabalho da agente comunitária em saúde Íris, profissional da unidade Tulipa cuja área adscrita está demarcada nas ruas que Melissa, Marjorie e Aurora estão. Todo o percurso etnográfico teve como foco compreender a política da descentralização do cuidado em HIV/aids, que diz respeito ao remanejamento dos serviços em HIV/aids (testagens, solicitações de exames, encaminhamentos, aconselhamento e acompanhamento) na referenciada “porta de entrada do SUS”, ou seja, a atenção básica em saúde e suas unidades básicas de saúde.

Dito isso, quando se pesquisa no campo do HIV e da aids, desde a antropologia, é necessário manejar uma linguagem menos técnica, de caráter biomédico, e se aventurar na procura de intersecções dinâmicas com outros saberes e (re)produções de linguagens. Requer também uma sensibilidade para aproximar dos mundos da vida um debate que costuma ser oscilante entre o técnico e o moral, explorando para isso a polissemia que converge nos diálogos do HIV nas diversas temporalidades da epidemia e nos sentidos que as transbordam. Para identificar tais transbordamentos, nesta pesquisa, foram utilizadas duas óticas etnográficas: 1) a Etnografia multissituada, proposta por George Marcus (1995), para compreender a relação dinâmica entre usuários, pessoas vivendo com HIV, sujeitos do território interiorano e agenciamentos; e 2) etnografar os restos (Bonet, 2018), como forma essencial de compreensão para entender as experiências de vida e de viver com HIV. Quando aproxima-se estas lentes a partir do cotidiano das pessoas que são diretamente interpeladas pelo HIV e pelos

efeitos de um território interiorano, assume-se que diferentes formas de (ver a) vida estão caracterizadas a partir de fatores circunscritos em uma lógica contextual.

Considerando a pouca visibilidade que se há nos estudos acerca da interioridade (Domingues; Gontijo, 2022) e sobre o viver com HIV em territórios interioranos, como, pondera-se alguns questionamentos: como o fazer-viver com HIV – se pensarmos no agenciamento da vida proposta por Foucault (1999) – está definido através das experiências das pessoas vivendo com HIV? O que suas experiências podem nos falar? Ou, em um questionamento sinonimizado: O que suas narrativas querem dizer?

Portanto, esta monografia está dividida em quatro seções primárias: No primeiro capítulo, intitulado **Entre políticas, decretos e movimentações documentais: O HIV/aids no cenário brasileiro**, serão apresentadas algumas perspectivas centrais no campo da aids e que se mostraram presentes no campo da etnografia realizada. Trata-se de uma breve retomada histórica, que irá discorrer tanto das políticas da descentralização do cuidado em HIV/aids, como dos efeitos que tal constituição histórica desencadearam na perspectiva social de se viver com HIV/aids. O segundo capítulo, intitulado **Percursos: Definições etnográficas e o constructo metodológico**, tem como objetivo discorrer não apenas das definições metodológicas que atravessaram a abordagem antropológica e etnográfica desta pesquisa, mas apresentar, desenvolver e descrever minha chegada até ao campo, a relação entre a pesquisa distanciada e a pesquisa *in loco*, o território, a relação da atenção básica e dos serviços especializados e apresentar todos os sujeitos que estiveram presentes neste trabalho. O terceiro capítulo, intitulado **Emaranhados Territoriais: Entre as unidades básicas, as agentes de saúde e a área adscrita**, tem como objetivo elucidar como se construiu a pesquisa etnográfica em termos práticos, elencando a relação entre pesquisador e interlocutoras. Para além disso, nesta seção também me debruço nas definições e constituições territoriais, tanto pelas prerrogativas instituídas pela proposta da descentralização e da territorialização do cuidado em HIV, quanto aspectos socioculturais imbuídos nas dinâmicas do território. O quarto e último capítulo, nomeado como **Experiências: As narrativas de Melissa, Marjorie e Aurora**, apresentará, separadamente, as narrativas e as experiências de cada uma das mulheres vivendo com HIV que fizeram parte desta pesquisa, para apontar algumas reflexões que podem nos levar a considerar o caráter dimensional entre suas experiências de viver com HIV.

## 1. ENTRE POLÍTICAS, DECRETOS E MOVIMENTAÇÕES: O HIV/AIDS NO CENÁRIO BRASILEIRO

Ao longo das cinco décadas de existência da epidemia de HIV/aids, diversas composições implicaram em mudanças acerca das esferas sociais, da saúde, e do campo político. Em uma trajetória histórica, desde sua chegada ao Brasil na década de 80, a sociedade civil, científica, ativista e os movimentos sociais foram responsáveis pelos processos de conquistas ao acesso gratuito e universal de medicamentos antirretrovirais, na década de 90, para as pessoas vivendo com HIV/aids. Este processo reverberou nas noções empreendidas sobre o que é, de fato, o HIV, e direcionou uma melhora na qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus, além de evidenciar um impacto positivo na redução do índice de mortalidade decorrente da aids. No entanto, os significados atribuídos à aids e a categorização de “grupos de risco” (Ayres, 2014) colocaram uma face na epidemia ao ser associada como um “câncer gay” ou “doença de gay” (Carrara; Moraes, 1985), aquilo que Carlos Guilherme do Valle vai se atentar na rápida construção da “*genesis* homossexual” (Valle, 2002). Assim, a construção de um imaginário social estava definida por considerar “os homossexuais como o grupo de mais alto risco, a imprensa permitia que muitas pessoas não se identificassem com o risco de infecção”(Valle, 2002, p. 184).

Em decorrência deste processo, o resultado desses efeitos é de uma epidemia de significados (Treichler, 1987), na qual as definições negativas e estigmatizantes ecoam até os dias atuais. Embora haja um considerável aumento de estudos nas respostas biomédicas acerca do tratamento e prevenção em HIV/Aids, como os estudos de vacinas, profilaxias pré e pós exposição ao vírus (PrEP e PEP), tratamento como prevenção (TcP) e a terapia antirretroviral (TARV) (Matias; Franch; Silva, 2022), os efeitos estigmatizantes que pairam na aids indicam uma necessidade da inserção além de respostas biomédicas, mas pensar de forma que tais respostas se liguem a partir de uma abordagem socioantropológica para enfrentar o processo de estigmatização (Parker; Aggleton, 2022; Agostini *et al.*, 2019).

Neste sentido, no cenário brasileiro das políticas voltadas ao modelo assistencial em HIV/aids, estiveram, em um primeiro momento, centradas nos serviços especializados. Com a política da descentralização do cuidado em HIV (voltarei a ela um pouco mais a frente), em 2012, novas estratégias de saúde começaram a ser estabelecidas na atenção básica (conhecida como a “porta de entrada do SUS”), o que culminou em uma organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A inserção das

testagens nas unidades básicas de saúde teve como prerrogativa a ampliação dos testes rápidos e notificações para direcionamentos. No entanto, ao aproximar essa discussão para municípios interioranos, diferentes formas do fazer-viver são empregadas, especialmente no que tange viver com HIV/aids. Isso nos direciona a pensar nas próprias construções e definições no que se diz “interior”, propondo as particularidades e representações que o território possui (Domingues; Gontijo, 2022) e suas interpelações de viver com HIV neste contexto.

A trajetória da epidemia de HIV/aids possui um largo histórico de remodelações e reposicionamentos no cenário mundial. No Brasil, nas últimas décadas, os dados epidemiológicos vêm se desvinculando do que outrora esteve atrelada à populações reconhecidas como parte da problemática dos “grupos de risco” (Ayres, 2014; Ayres, 2022), compreendida como a “doença dos 5H” (Camargo, 2016) – haitianos, hemofílicos, heroinômanos, *hookers* e homossexuais. Os dados epidemiológicos apontaram, até os anos 2000, um crescimento de notificações por outros grupos, indicando uma interiorização, feminização, heterossexualização, pauperização e racialização do HIV/aids (Reis et al., 2008; Souza et al., 2013; Oliveira Neto, 2023). No entanto, com as novas categorias eminentes nos boletins epidemiológicos, os casos mais notificados, sobretudo no nordeste e na Paraíba, diz respeito especialmente à um crescimento do número de infecções nos interiores e na população heterossexual (Brasil, 2023), direcionando olhares mais acentuados à essas populações.

### **1.1 Descentralização do cuidado e as preconizações das políticas de saúde em HIV/aids**

No cenário brasileiro, o enfrentamento contra a aids foi notável e referenciável ao redor do mundo: o acesso livre e gratuito através do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei 9.313 de 1996 foi aclamado pelos chamados “países em desenvolvimento”. O uso contínuo e prolongado dos medicamentos antirretrovirais gerou uma “condição de cronicidade” (La Maison, 2014, p. 2), na qual as políticas da Atenção em Saúde ao HIV/aids se tornaram diretrizes municipais através da municipalização da saúde. Ou seja, governos municipais, para além dos grandes centros, foram reconhecidos como responsáveis pela saúde da população (Aguilar, 2015). Diante destes efeitos, parte das adequações do SUS foram sendo desenhadas para melhorar a atenção em HIV/aids no Brasil, como a inserção dos testes rápidos na atenção básica através da Portaria nº151 de 14 de outubro de 2009 (Brasil, 2009) e a proposta de descentralizar os serviços para a atenção básica, pela Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012). Algumas

reorganizações começaram a colocar em pauta sobre viver com HIV/aids a partir de uma nova formulação do modelo tradicional de assistência à saúde, levando em consideração às premissas incutidas nas bases do SUS.

Em um momento antecedente, os serviços voltados à atenção e cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids estavam concentrados aos serviços de atenção especializada, e com a prerrogativa e às políticas ministeriais em volta da descentralização, passaram, junto com a territorialidade do cuidado em HIV/aids e adscrição territorial (Brasil, 2007), serem pontuadas através das Redes de Atenção à Saúde (RAS), partindo entre os níveis da atenção básica, serviços especializados e alta complexidade (Brasil, 2012; Brasil, 2014; Oliveira Neto, 2023). Dito isso, as prerrogativas sobre as adscrições territoriais das Políticas Nacionais da Atenção Básica dizem:

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).

Estas prerrogativas desencadearam diversas mudanças no manejo de trabalho dos profissionais de saúde, da atenção básica e dos usuários das unidades básicas de saúde, os levando a tecer estratégias para aproximar a temática em HIV à população adscrita. No entanto, considerando que a descentralização não é homogênea, isto é, se substancia no diálogo entre os serviços de saúde da RAS, pode-se pensar que a descentralização em HIV não está incutida unicamente na Atenção Básica. Desta forma, mesmo que o princípio organizativo da descentralização do cuidado em HIV amplie a aproximação entre profissionais de saúde e usuários de um território adscrito, Zambenedetti e Silva (2014) observam que tais mudanças se encontram em uma dimensão paradoxal, pois, ao esbarrarem em uma epidemia fortemente marcada pelo estigma, preconceito e discriminação (Galvão, 2000), acabam, na verdade, produzindo recuos e hesitações pelo receio da revelação do diagnóstico. Este apontamento nos leva a considerar, portanto, alguns parâmetros para entender a execução da descentralização em HIV e os aspectos do estigma para pensarmos nas políticas de saúde em Rio Tinto.

## **1.2 Os processos estigmatizantes às experiências das pessoas vivendo com HIV: marcadores sociais, estigma e vulnerabilidade**

O ponto substancial que agrupa, comumente, os estudos em HIV/aids a partir da antropologia da saúde (ou em outras áreas correlatas), é a forma que o estigma está perpetuado a partir de dispositivos e agenciamentos que criam fissuras na vida cotidiana de quem vive ou convive com HIV. Neste sentido, Goffman (1980) argumenta que o estigma é atribuído com base nas diferenças ou caminhos desviantes, e que se aplica por uma conjuntura de regras e sanções a partir das definições sociais. Para Richard Parker e Peter Aggleton (2022), o estigma desempenha um papel central na produção e reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais, que, em uma linha foucaltiana, produz e reproduz controle, docilização e dominação (Foucault, 2014). Para os autores, “as ligações e alegações ligadas à família, vizinhança e comunidade, explicitam que o estigma e a discriminação onde e quando aparecem, são fenômenos sociais e culturais ligados às ações de grupos de pessoas” (Parker; Aggleton, 2022, p. 30), ou seja, não são consequências de um comportamento individual.

Com isso, pode-se compreender que a produção do estigma é empregada de maneira estratégica, e é engendrada a partir de lógicas contextuais-culturais e extraordinárias, e define a produção e reprodução da desigualdade social, tal qual atribuído à epidemia da aids desde sua chegada no Brasil (Mann; Tarantola, 1993; Parker, 1994; Perlongher, 1997; Camargo, 2016; Garbin *et al.*, 2019) e às pessoas vivendo com HIV (Parker; Aggleton, 2022). Parker e Aggleton também advertem que “as experiências dos indivíduos com a estigmatização e a discriminação relacionada ao HIV/aids é influenciada por crenças culturais enraizadas” (Parker; Aggleton, 2022, p. 59). Portanto, o estigma é “auxiliar da sociedade da ordem” e não é “uma atitude individual ou um valor cultural” e a estigmatização “liga o posicionamento de um grupo social na sociedade” (Parker; Aggleton, 2022, p. 34).

Pode-se considerar que tais enraizamentos nos contextos socioculturais e territoriais são expressos pelo processo de estigmatização, e tanto geram como são gerados a partir de imaginários sociais nocivos, associados a imagens carregadas negativamente às pessoas vivendo com HIV (Garbin *et al.*, 2019). Neste sentido, torna-se interessante especular o modo que isso está imbricado nas experiências cotidianas e nas histórias de vida de quem vive com HIV, mas, além da especulação, para compreendê-las, é necessário se debruçar nas narrativas de quem já experienciou.

Seguindo a proposta de Parker e Aggleton (2022) em aplicar outros conceitos analíticos que amplie ainda mais o que se entende dos modos da operacionalização do estigma e da estigmatização, é necessário, *a priori*, entender o estigma como um processo de violência. Tal qual Veena Das (2020) testemunhou com Asha, em “Vidas e

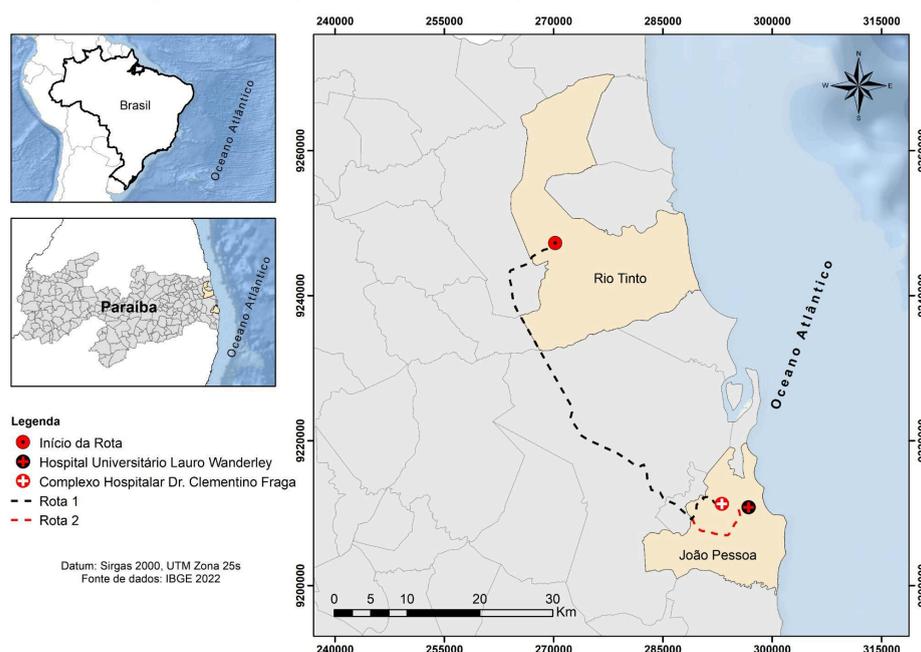
Palavras” (2020), os processos de sofrimento e violência são constituídos através das experiências, que, de algum modo, quebram a lógica do “mundo” de quem o percebe, tensionando-o a novas reconstituições e reconstruções de suas próprias relações, do mesmo modo que Biehl também percebeu em “Vita” (Biehl, 2005).

De modo semelhante, o conceito de vulnerabilidade surgiu como uma proposta para enfrentar categorias cujo teor estavam concentrados na individualização da prevenção e na reprodução do estigma, como, por exemplo, a noção de “grupos de risco”, que historicamente esteve associada aos processos de violência a populações específicas. A mobilização da sociedade civil e a luta pelos direitos e implementações de políticas que abarcassem os direitos humanos e acessos aos serviços de saúde, reorientou uma nova categorização epidemiológica dentro das esferas sociais e políticas, na qual permanece sendo colocado em pauta até os dias de hoje. Entender, portanto, que o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres (1999; 2022) realoca um novo paradigma na contextualização da epidemia, pode-se empreitar diversas estratégias que compõem a paisagem do cenário brasileiro diante ao enfrentamento da epidemia de HIV/aids. Para o autor, a vulnerabilidade é uma articulação conceitual e de diretrizes voltadas à uma modificação das dimensões sociais e comportamentais, que são expressadas em níveis pragmáticos, individuais e sociais e são relacionadas a situações de enfermidade. Contudo, é necessário, tal qual o autor aponta, compreender que os efeitos da epidemia solapam as vidas sociais em diferentes magnitudes, e para compreender os processos de individualização do HIV e da operacionalização do estigma, é necessário, *a priori*, elucidar os efeitos que transbordam na vida cotidiana.

## 2. PERCURSOS: DEFINIÇÕES ETNOGRÁFICAS E O CONSTRUCTO METODOLÓGICO

Para fins de contextualização territorial e as próprias definições etnográficas e metodológicas, neste capítulo, irei apresentar as configurações do que diz respeito ao “campo” desta pesquisa. Conforme mencionado no capítulo anterior, a pesquisa realizada se concentra no município de Rio Tinto, localizado no litoral norte da Paraíba. A dinâmica que está envolta das políticas municipais em saúde-assistencial voltadas às pessoas vivendo com HIV, estão concentradas na disponibilização de um transporte público para direcionar às pessoas em tratamento (ou para iniciar o tratamento) até João Pessoa, localizada a cerca de 75 quilômetros de distância, onde estão localizados os serviços especializados: o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HU) e o Complexo de Doenças Infecto Contagiosas Clementino Fraga (CF).

**Figura 01: Mapa de Rio Tinto e o percurso até João Pessoa<sup>2</sup>**



**Elaborado por: Raimundo Ferreira (CCAUE/UFPB), 2024**

A pesquisa realizada se concentrou a partir de duas unidades específicas e recorrentes negociações para alcançar as pessoas vivendo com HIV do território, na qual foi necessário uma pesquisa de campo para construir uma relação de confiança entre o pesquisador e os profissionais de saúde. Tendo em vista a dinâmica da

<sup>2</sup> O mapa em questão foi desenvolvido por Raimundo Ferreira, discente da graduação em Ecologia da Universidade Federal da Paraíba (CCAUE/UFPB), pelo *software* Arcgis (licença pelo Laboratório de Cartografia e Geoprocessamento, Campus IV/UFPB). O ponto inicial da rota está marcado no centro de Rio Tinto, prezando pelo anonimato do bairro das Camélias.

interioridade (Domingues; Gontijo, 2022)<sup>3</sup> e o ditado “todo mundo conhece todo mundo” (Oliveira Neto, 2023) expressivamente demarcado nas falas, todos os nomes que serão consistidos neste trabalho, estarão empregados de modo fictício. O completo anonimato parte de um acordo firmado, em nível externo, com a secretaria de saúde municipal através da(s) carta(s) de anuência, e, em nível interno, com cada profissional de saúde entrevistado e pessoa vivendo com o HIV. No **Quadro 1**, estão apontadas todas as ruas, unidades, bairros e aldeias que perpassaram as atividades da pesquisa e que são discutidas ao longo desta monografia. No **Quadro 2**, apontarei todas as atrizes e atores fizeram parte desta pesquisa ao longo de seus três anos de execução. Qualquer apontamento de alguém, ou de algo, ou qualquer característica que possa direcionar o olhar para a região pesquisada, pode, facilmente, acusar de quem está sendo falado, ou de onde<sup>4</sup>.

**Quadro 1: Nomes fictícios das localidades**

<b>Localidade ou logradouro</b>	<b>Nome fictício</b>
Unidade básica de saúde	Tulipa
Unidade básica de saúde	Amora
Bairro	das Camélias
Bairro	das Flores
Aldeia	do Céu
Polo base de saúde indígena	do Sol
Rua	dos Figos
Rua	dos Laranjais
Rua	dos Jambos

Elaborado pelo autor, 2024.

**Quadro 2: Nomes fictícios e entrevistas realizadas<sup>5</sup>**

<b>Nome fictício</b>	<b>Cargo ou marcador social</b>	<b>Entrevista</b>
Acácio	Agente Comunitário em Saúde - Unidade Amora	Sim
Ágata	Secretaria Estadual de IST's	Sim
Artemisa	Cacique do bairro das Camélias	Não
Aurora	Mulher vivendo com HIV	Sim
Cristal	Enfermeira da unidade Tulipa	Sim
Estela	Médica da unidade Amora	Sim
Flora	Ex coordenadora da Vigilância Sanitária de Rio Tinto	Sim
Iara	Enfermeira da SESAI	Não

<sup>3</sup> Retomarei o conceito de interioridade mais a frente.

<sup>4</sup> Como este trabalho faz parte de outros desdobramentos de uma pesquisa maior, os mesmos nomes fictícios estão dispostos no trabalho de Francisco Oliveira Neto (2023). Nós três (o autor, nossa orientadora e eu), ponderamos que utilizar os mesmos nomes fictícios tornaria a descrição das unidades mais acentuada. Veja em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin\\_TCC.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin_TCC.pdf)

<sup>5</sup> Um quadro similar está ilustrado no Trabalho de Conclusão de Curso de Francisco Oliveira Neto (2023). Veja em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin\\_TCC.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin_TCC.pdf)

Íris	Agente Comunitário em Saúde - Unidade Tulipa	Sim
Lucy	Agente Comunitário em Saúde - Unidade Tulipa	Sim
Luna	Ex coordenadora da Atenção Básica de Rio Tinto	Sim
Marjorie	Mulher vivendo com HIV	Sim
Marta	Recepcionista da unidade Tulipa	Não
Melissa	Mulher vivendo com HIV	Sim
Plínio	Vigia da unidade Amora	Não
Ruan	Motorista da unidade Tulipa	Não
Serena	Ex Enfermeira da unidade Amora	Sim
Tierry	Vigia da unidade Tulipa	Não
Valéria	Enfermeira da unidade Amora	Não

Elaborado pelo autor, 2024.

## 2.1 Do campo virtual ao campo *in loco*: primeiros caminhos<sup>6</sup>

Minha chegada até a pesquisa, e, simultaneamente, aos estudos da antropologia da saúde, foi definida durante o primeiro ano da pandemia de Covid-19, no segundo semestre de 2020, quando me encontrei na posição de participar de um projeto de iniciação científica (PIBIC), nomeado “Os desafios da descentralização da atenção em HIV/AIDS na Estratégia de Saúde da Família em Rio Tinto/PB: territorialidade, estigma e vulnerabilidades, 2º etapa” e coordenado pelas professoras Luziana Silva e Mônica Franch, que posteriormente fui aceito como pesquisador voluntário. Paralelamente, o mesmo PIBIC esteve vinculado 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” – posteriormente chamado de Antropo-Covid<sup>7</sup> – na qual fui bolsista entre os anos de 2020 a 2023. Não obstante, também foi o período que ingressei ao projeto de extensão “Falando Sobre Aids”, também coordenado por Luziana e Mônica, e cada vez mais estive me aproximando às discussões em torno da antropologia da saúde e das pesquisas/ações em HIV/aids.

A primeira fase da pesquisa (2016-2017) foi o momento inicial que direcionou a construção da segunda e terceira etapa investigativa, cujo campo se concentrou em duas

<sup>6</sup> Algumas das discussões neste tópico foram anteriormente apresentadas durante o II Seminário Interno do Projeto Antropo-covid: desafios metodológicos e éticos, evento realizado nos dias 15 e 16 de julho de 2021. Veja em: MORAES, Gabriel Cavalcante Bueno de. Nos meandros do HIV/aids e da covid-19: desafios metodológicos para o mapeamento das ações em hiv/aids em Rio Tinto – pb em tempos pandêmicos.. In: Anais do II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid: desafios metodológicos e éticos. João Pessoa: PPGA/UFPB, 2021. v. 02. p. 140-144. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1VHf4R1BmkGrMzaFlJmWHkFX1F5MMnDU?usp=sharing>. Acesso em 08 de julho de 2024.

<sup>7</sup> Coordenada pelas professoras Sônia Maluf (UFSC), Soraya Fleischer (UnB) e Mônica Franch (UFPB), o macroprojeto se constitui por pesquisadores de diversas instituições ao redor do Brasil, envolvendo grupos de pesquisa associados aos Diretórios de Grupos do CNPq. Veja mais em: <https://sites.google.com/academico.ufpb.br/siteantropo-covid/p%C3%A1gina-inicial>.

unidades básicas mais centrais de Rio Tinto, e, nelas, apareciam discursos que estavam direcionando para uma localidade específica. As narrativas apontaram, além disso, a invisibilização da linha de cuidado em HIV/aids nas unidades, mas também evidenciaram uma escassez de treinamentos sobre a temática para os/as profissionais de saúde, além de identificar a ausência de materiais informativos nas unidades (Silva; Vieira, 2019). A partir destes apontamentos, a segunda fase (2020-2021), momento na qual me inseri ao projeto, se construiu e se embasou nestas narrativas, cujo teor direcionava a “noção de risco” à população local do bairro das Camélias e das Flores, assemelhando a localidade como potenciais demandas em HIV/aids, por haver alto índice de prostituição e usos de drogas. Sua execução, além disso, foi imbricada com a declaração do estado emergencial pandêmico, em março de 2020, o que afetou diretamente tanto no sentido programático do plano tecido, quanto na maneira de fazer a pesquisa antropológica, ou seja, àquilo que se escreve (no plano) e àquilo que há possibilidade de perceber, identificar, de etnografar.

Simultaneamente, o período ficou marcado pelas rupturas na vida social, no cotidiano, expandindo-se para todas as esferas, fruto advindo da pandemia de Covid-19, cujos efeitos de adoecimento não manteve apenas vidas em mazelas, mas o exício de mais de 700 mil vidas ceifadas<sup>8</sup> e o luto de suas famílias decorrentes da doença. Não foi fácil acompanhar todos os déficits que a pandemia trouxe para a vida social, para a saúde e para as políticas públicas vigentes diante o alastramento das ondas da pandemia (Silva; Moraes; Oliveira Neto, 2024; Mendes, 2020).

Não foi um momento de possibilidades para chegar até as unidades básicas, sentir seu chão (Ingold, 2015) e realizar pesquisa com nossas presenças marcadas. Houve um definhamento de todas as metodologias vistas e recapituladas na academia, afastando com o modelo dito “padrão” da pesquisa antropológica. Ora, como o estar lá, dito por Clifford Geertz (2005), seria possível? Ou, pelas lentes de Guilherme Magnani (2002), de que maneira seria realizado um olhar de perto e de dentro? No entanto, parte do ofício do antropólogo, parafraseando Cardoso de Oliveira (2018), está na habilidade de direcionar os olhares para além do programado. Da mesma forma, assim como Tayná Almeida de Paula (2022) assimilou tais métodos de pesquisa, especialmente a de Geertz (2005), o “estar lá” pôde ser substituído por “estar junto”: estarmos juntos. Estivemos juntos para readequar o que e, principalmente, *como* iríamos pesquisar, como parte do nosso ofício.

---

<sup>8</sup>Disponível

em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/brasil-chega-a-marca-de-700-mil-mortes-por-covid-19>

Embora não vá me deter tanto ao que coletamos com as entrevistas semiestruturadas realizadas com as interlocutoras-gestoras<sup>9</sup>, o que chamo a atenção, neste momento, é a maneira que a segunda fase da pesquisa foi construída. Dadas as limitações metodológicas utilizadas no início da pesquisa (por conta da Covid-19), tivemos uma redução do escopo da pesquisa, uma vez que, no âmbito municipal, nos detivemos apenas às gestoras das pastas municipais da vigilância em saúde e da atenção básica, além da coordenadora vigente da unidade básica Amora. Portanto, até esse momento, nosso conhecimento sobre a própria unidade e, conseqüentemente, da própria comunidade, se limitou ao relato das coordenadoras, enquanto da unidade básica Tulipa e a comunidade do bairro das Camélias ficaram para outro plano. Mas suas falas e seus apontamentos foram lidos como direcionamentos das percepções que conduziram nossos próximos objetivos.

Nos planos de pesquisa tecidos, separamos a investigação como parte das atividades da equipe, dividido em tarefas a partir de seus pesquisadores e organizadas para alcançar as duas unidades básicas: a unidade Tulipa (que outrora ficou fora de nossas observações) e a unidade Amora. O que anteriormente fora realizado tudo de maneira digital, a terceira fase foi pensada que finalmente poderíamos ir até o campo presencialmente, muito embora as negociações iniciais permanecessem de modo virtual. Com as ondas da pandemia (Silva; Moraes; Oliveira Neto, 2024) e junto com elas, as vacinações contra os efeitos de adoecimento de Covid-19, em novembro de 2021, pude ir, pela primeira vez, até as duas unidades básicas da pesquisa.

## **2.2 Definições metodológicas: a pesquisa antropológica com/na saúde**

Para integrar na composição deste capítulo antes de descrever a abertura do “campo *in loco*”, acredito que se faz necessário salientar o que está definido em termos metodológicos. Levando em consideração que esta pesquisa vem de um processo analítico desde 2020 (ou mesmo desde 2017, considerando a primeira etapa), diversos diálogos teórico-metodológicos foram empreendidos durante este percurso.

Em primeiro lugar, ressalto que a investigação antropológica desta pesquisa parte de dois momentos que são complementares um ao outro: 1) a construção metodológica perante a investigação *na* saúde; 2) e o esforço teórico-metodológico para pensar *com* a saúde. O primeiro diz respeito à forma de construção investigativa ao campo de pesquisa, definindo a abordagem em nível sistemático e programático,

---

<sup>9</sup> Uma análise mais acentuada sobre os dados das entrevistas com as gestoras, pode ser visualizado no artigo de Oliveira Neto (2023).

considerando o sistema de saúde e todas as atrizes e atores sociais que estão sendo interpelados de forma direta ou indireta. A segunda, diz respeito a forma de entender, em nível subjetivo e qualitativo, especificamente a relação dos/das usuários/as, tendo como foco às pessoas vivendo com HIV, com aquilo que se entende como cuidado terapêutico da sua condição crônica (Brasil, 2017).

No tópico anterior, foi apontado como durante a pandemia, a pesquisa ficou debruçada em formas metodológicas adaptadas a partir de uma situação, de um advento (a Covid-19). Reitero, neste sentido, que nesta etapa constituímos a etnografia multissituada, proposta por George Marcus (1995) como ferramenta permissiva de atravessar tais agenciamentos e manter um olhar assíduo para o campo. Empregar a etnografia multissituada como esforço metodológico permite mapear os fluxos e rotinas que envolvem HIV e aids, considerando “atores, objetos e discursos por múltiplos pontos” (Cesarino, 2014, p. 22). Portanto, mesmo que na 3ª etapa esses agenciamentos tenham deixado de ser os principais intermediadores da pesquisa, a etnografia multissituada continuou sendo uma ferramenta tátil de análise, desde que entendemos as unidades básicas de saúde e suas relações com os usuários como um processo (Bonet, 2014). Compreender que em um campo multissituado há uma multiplicidade de composições relacionais entre agências, atores sociais e ambientes, tal desdobramento metodológico permitiu mapear não apenas as propostas voltadas aos serviços de saúde, como as observações realizadas na unidade do Sol e nas unidades básicas Tulipa e Amora, mas, também, para outros lugares, como o acompanhamento ao trabalho de Íris e suas relações com a comunidade, e a ida ao lado de Marjorie até aos serviços especializados. Este mesmo processo entende a existência de diversas relações que podem compor uma gama de direcionamentos aos serviços em HIV voltado aos usuários, sejam eles de prevenção, acolhimento, etc.

Para além de uma visualização das prerrogativas dos serviços de saúde, combino, nesta abordagem metodológica, a terminologia “experiências” e “vivências” que irão partir através das narrativas das três mulheres vivendo com HIV que conheci ao longo da pesquisa etnográfica. Bonet (2018), interessado em entender os diferentes modos de apropriação da saúde a partir de uma relação entre experiência e vida, nos direciona a pensar o “resto”. Ou seja, o que sobra; o que fica de fora da molecularização biológica<sup>10</sup> tão evidenciada nos estudos sobre/com saúde dos “expertos”, que retoma a

---

<sup>10</sup>Para Bonet (2018), a molecularização diz respeito a uma crescente ênfase da biomedicina e da biopolítica em aspectos moleculares da vida. Tal presença promove uma visão da vida e da própria saúde gerenciadas e surtidas a partir do nível molecular, o que reforça o papel da biologia e da biomedicina como meios de otimização e controle da saúde humana.

perspectiva para além de agências, mas aos sujeitos. Bonet é atento à isso: se considerar a etnografia em serviços de saúde, em primeiro lugar, entenderemos que as formas mecânicas atribuídas no manejo somático-biológico, não irão migrar para seus usuários, porque “é utilizada de forma diferente, seguindo interesses específicos” (Bonet, 2018, p. 30). Eis a chave deste trabalho: as experiências (o resto) de viver com HIV/aids são essenciais para compreendermos as configurações que se dão na complexa relação entre viver com HIV, serviços de saúde e território.

Deste modo, o cuidado, segundo Bonet (2018) é definido a partir de uma proximidade, um compromisso e uma relação individual, e cada escolha há uma lógica pré-estabelecida que pode estar interpelada por ou para outros atores. Quando iniciamos este pensamento a partir do que diz respeito a viver com HIV, entende-se que há a cronicidade permeada em suas vidas. Assim, pode-se transcrever que as estratégias adotadas ao longo da vida e as experiências em torno disso também são crônicas, mas não são, de modo algum, estáticas, e sim, remodeláveis. Pensemos, então, através deste pensamento de Bonet, para aproximar o que as experiências de vida de Melissa, Marjorie e Aurora podem nos mostrar.

O olhar multissituado se direciona de forma que demonstre a relação entre sujeitos-agências, e para me concentrar na “vida como vivida”, emprego a proposta de Lila Abu-Lughod (2018) para ter atenção especial às particularidades que envolvem o cotidiano das três mulheres. Abu-Lughod (2018) chama atenção que ao empregar categorias antropológicas e etnográficas, especialmente quando se trata de mulheres, as próprias experiências e vivências tendem a ser deixadas de canto. A solução: ver a “vida vivida” (Abu-Lughod, 2020) através do particular, isto é, o que define em suas próprias relações pessoais e sociais como aporte elucidativo das dinâmicas que estão circunscritas em seus mundos. Desta forma, pode-se encontrar os restos, os transbordamentos e os vazamentos de suas vidas, especialmente na relação dialógica entre sujeito-saúde.

A importância de redimensionar o HIV e a experiência de viver com HIV a partir da lógica de um município fora dos grandes centros, isto é, pensar estas experiências a partir de uma cidade do interior, foi uma questão fundamental para a pesquisa. Ainda que se localizem alguns estudos que mostram as dimensões de viver com HIV em cidades de pequeno porte, como o de Marcon e Merino (2007) em Porto Rico, no Paraná, e Melo *et al.* (2021) em um leque amplo de contextos descentrados no Rio Grande do Norte; são poucos os que tratam tal redimensionamento como compreensão do *ethos* entre experiência-saúde-sujeito-território. De modo semelhante,

são poucos os estudos que procuram compreender a paisagem da epidemia em HIV voltados às experiências de mulheres vivendo com HIV/aids (Vilela; Barbosa, 2017; Carvalho; Monteiro, 2021).

Não estou aqui desconsiderando a importância de tais estudos, porque há uma gigantesca contribuição que amplia ainda mais a discussão da interiorização da epidemia (Reis *et al.*, 2008; Souza *et al.*, 2013; Costa, 2012), até mesmo para pensarmos no estado da Paraíba (Clementino *et al.*, 2017; ver também: Oliveira Neto, 2023). Mas o que quero destacar é a importância de complementar tal discussão em nível qualitativo, a partir das experiências de quem, de fato, está vivenciando a realidade interiorana quando esta coloca as/os usuárias/os em uma relação dialógica entre agências. Quando a proposta está inserida na discussão envolta das pessoas vivendo com HIV no interior, as relações incutidas no território acabam definindo novos parâmetros que são permitidas serem visualizadas a partir de suas experiências: momentos de descoberta sorológica; as relações entre comunidade, sujeito e serviços de saúde; a procura (ou não) de cuidados; a absorção destes cuidados em suas vidas e as formas de interpelações que as transbordam. No município de Rio Tinto, a rede de atendimentos é quase, por assim dizer, uma mediação para os encaminhamentos aos serviços especializados voltados às pessoas vivendo com HIV estabelecidos em João Pessoa, localizado há 75 quilômetros de distância do município, o que amplia ainda mais a complexidade da atenção à saúde pelas pessoas que vivem em contexto descentrado.

Quando as vozes silenciadas (Mazuze *et al.*, 2023) saem do silêncio que foram acometidas, vemos algo que dificilmente seria percebido senão pelas suas narrativas: suas experiências intrínsecas no complexo manejo da vida. Vanessa Campos (2023) é um exemplo claro disso. Mais do que sua própria diáspora, Campos se atenta a todas as diásporas que pessoas vivendo com HIV/aids, especialmente mulheres, possam se encontrar. Dito isso, no capítulo a seguir veremos como os manejos etnográficos foram empregados para chegar até as experiências das mulheres vivendo com HIV.

### **3. EMARANHADOS TERRITORIAIS: ENTRE AS UNIDADES BÁSICAS, AS AGENTES DE SAÚDE E A ÁREA ADSCRITA**

A realização de uma pesquisa de campo requer um passo a passo cuidadoso, especialmente quando se trata de focos cujos aspectos estão, a todo momento, entrelaçados e emaranhados em uma complexa rede de atores, agências, políticas de saúde e dimensões territoriais. Vimos, no capítulo passado, que o emprego metodológico esteve interligado a diferentes dimensões espaciais, desde uma pesquisa intermediada pelo virtual até a permissão para flexibilização das medidas sanitárias instituídas pela Covid-19. Portanto, neste capítulo, proponho olhar com um pouco mais de atenção para esse campo “presencial”, para, então, apresentar como se construiu a minha relação com o próprio serviço de saúde e a comunidade territorial do bairro das Camélias.

#### **3.1 Inserção, aceite e imersão: experienciando a atenção básica e o território**

A chegada ao campo “físico” ocorreu no segundo semestre de 2021, momento em que a segunda vacinação contra a Covid-19 já estava em andamento. Solitariamente<sup>11</sup>, fui até a unidade Amora que estava sob nossa mirada, a mesma na qual Serena coordenou quando a entrevistamos virtualmente. Inicialmente, o foco incipiente se concentrava apenas nesta unidade, porque era aqui que o “olhar acusatório”, ou a “doença do outro” (Knauth, 1999) estava sinalizada na etapa anterior (Silva; Vieira, 2019). Mas no plano original, na organização das atividades da equipe, a unidade Tulipa também havia sido pensada como uma unidade para investigação, e somente depois adequamos ela como *locus* de análise etnográfica.

O primeiro contato que tive foi com Valéria, a enfermeira que assumiu a coordenação da unidade Amora algumas semanas antes de minha ida. Nosso primeiro diálogo ocorreu por meio da intermediação de Plínio, o vigia da unidade que, naquele momento, estava realizando os agendamentos dos usuários. Ao contatá-lo, Plínio chamou Valéria, que, gentilmente, me convidou para ir até sua sala. Com um olhar desconfiado, Valéria ouviu toda a proposta da pesquisa e recebeu uma cópia do projeto e uma cópia da carta de anuência. Em tom descontraído, começou a me explicar quais dias seriam melhores para acompanhar os profissionais de saúde, ou seja, os dias de maior demanda na unidade. Além disso, parte dos discursos que já ouvimos anteriormente, tanto nas entrevistas realizadas com Flora e Luna quanto com

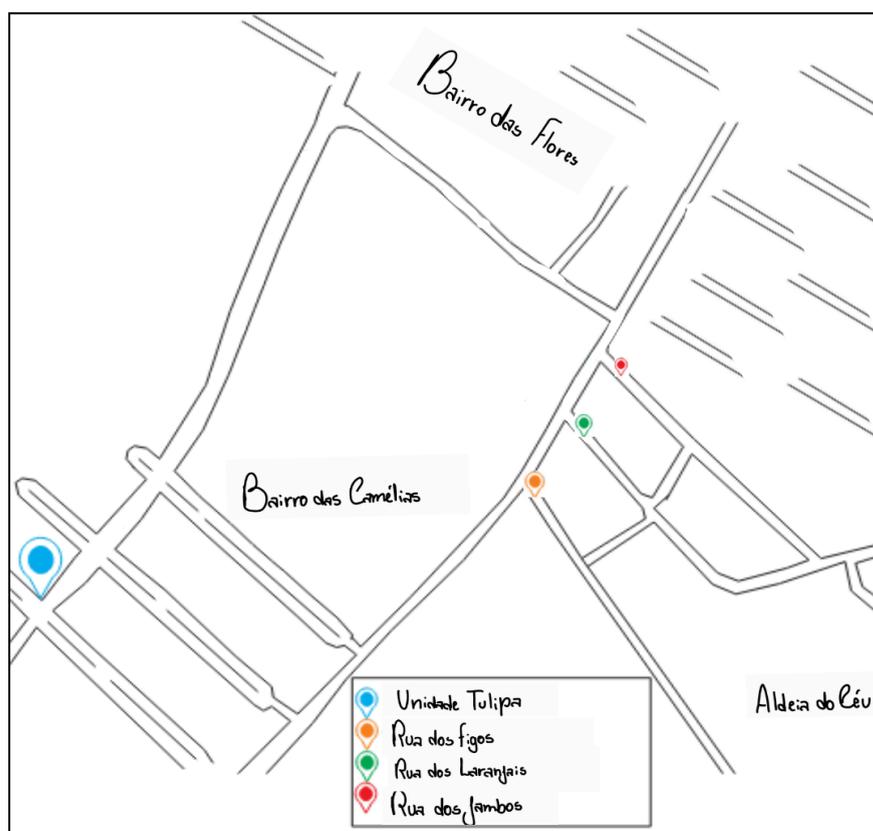
---

<sup>11</sup>Todos os pesquisadores se encontravam em localidades diferentes. No entanto, neste momento, apenas eu estive em Rio Tinto e conseqüentemente poderia ir até as unidades para “abrir o campo”.

profissionais de outra unidade (Silva; Vieira, 2019), estavam presentes na fala de Valéria: um lugar com alto índice de promiscuidade, prevaricação, prostituição e uso de drogas. O contato com Valéria perdurou em algumas conversas por WhatsApp durante o restante do ano, tendo em vista que logo após esse dia eu não estaria mais no município. Portanto, em 2021, a única ida à unidade foi essa descrita acima, sendo retomada em fevereiro de 2022, dessa vez acompanhado por meu colega de pesquisa, Francisco de Oliveira Neto, e pela coordenadora da pesquisa, Luziana Silva.

Essa visita específica foi planejada para retomar o diálogo anteriormente empreendido e apresentar o restante da equipe a Valéria, que nos recebeu gentilmente e explicou com mais afinco a dinâmica do bairro das Flores. Reforçamos nossas intenções com Valéria, mas, ao apresentarmos a carta de anuência da secretaria de saúde, notamos um pouco de apreensão, o que dificultou a permanência investigativa na unidade Amora. Depois disso, fomos até a unidade Tulipa e conversamos com Cristal, a enfermeira da unidade, que nos recebeu e, de imediato, aceitou minha participação na unidade. Iniciei, então, a participação nas atividades da unidade Tulipa e passei a conhecer o bairro das Camélias.

**Figura nº 02:** Unidade Tulipa e o bairro das Camélias



Elaborado pelo autor, 2024.

No decorrer da pesquisa, ao longo dos anos de 2022 e 2023, foram necessárias diversas estratégias para tornar minha presença habitual, tanto no bairro das Camélias quanto na unidade básica Tulipa, o que me fez participar de outras atividades que não diziam respeito explicitamente ao serviço de saúde. Um exemplo claro foi minha ida a um Toré que ocorreu no bairro das Camélias, a convite de uma usuária da unidade básica Tulipa e de uma amiga que residia à época na aldeia do Céu. A ida teve como intenção, para além do motivo acima, me apresentar à cacique Artemisa e à enfermeira Iara, coordenadora da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), localizada no bairro das Flores, com o objetivo de receber a permissão da cacique e poder circular nas regiões que estão sob sua liderança, como a aldeia do Céu, as ruas dos Figos, dos Laranjais e dos Jambos, assim como o polo de saúde do Sol, caso Iara também aceitasse. Embora a permissão tenha sido concedida, por limitações metodológicas, não alcançamos o polo de saúde indígena e o diálogo com Iara tornou-se secundário. Vendo tal afastamento, tentei me concentrar essencialmente no que dizia respeito à unidade Tulipa.

Embora a imersão no campo estivesse relacionada a uma presença assídua na unidade básica, seja em seu funcionamento diário ou em atividades temáticas, como a campanha do abril azul ou outras atividades de ação, eram poucas as relações tecidas com os usuários dos serviços. Reavaliando algumas cenas etnográficas, lembro-me de um dia em que estive abstraído com a observação realizada durante uma manhã e conversei com uma usuária que estava à espera de uma consulta. Sentei-me ao seu lado e puxei um assunto qualquer. Não tive nenhum objetivo específico de conversar especialmente com ela, apenas levei em consideração que também poderia estar entediada (assim como eu, naquele momento, estava<sup>12</sup>) e uma conversa sobre os usos dos serviços poderia vir a calhar. Ao informá-la que era aluno da universidade e realizava uma pesquisa na unidade, a tensão atmosférica em nossa conversa se instaurou e, de certo modo, me intimidou. Por nervosismo, perguntei algo que a fez se distanciar e levantar uma guarda impenetrável: “você tem uma boa relação com o pessoal daqui da unidade?”. “Sim, é claro, eu gosto de todos daqui e todos me tratam bem!”, respondeu

---

<sup>12</sup>O tédio mencionado não foi discorrido para propor uma reflexão assídua, mas como uma experimentação etnográfica que me parecia estagnada, ancorada em uma “observação participante” sem ser, de fato, muito participativa. Em momentos que sentia tal estagnação, conversava com alguns dos profissionais que trabalhavam na unidade, especialmente com a Marta, a recepcionista da unidade. Também com Ruan, o motorista e o Thierry, segurança e vigia. Nossas conversas, especialmente com os dois últimos, nunca girou em torno do meu objetivo na unidade, pelo menos não por minhas palavras. Sempre me trataram como o “estudante que está aprendendo o trabalho do postinho”. Estes episódios permitiam conhecer a rotina de cada um porque os mesmos me mostravam ou falavam com prazer. No entanto, eram poucas vezes que conversava com os usuários, por isso a minha fala com a senhora mencionada tenha sido mais uma “rebeldia” com a literatura antropológica que direciona o olhar para pensarmos que sempre deve acontecer alguma coisa em um campo de pesquisa.

laconicamente. “Que coisa boa...”. Silêncio. Alguns minutos depois, fora chamada para a sala e realizar a consulta que estava à espera.

Em nível analítico, a minha presença na unidade enquanto observador desencadeia diferentes percepções de outros usuários, ou seja, assumo um semblante desconhecido e estranho aos que ali estão. Desempenhar o papel de pesquisador sem o acobertamento da(o) profissional de saúde e dialogar, involuntariamente, com outros usuários, acarreta em uma assimilação de que, talvez, minha presença seja uma espécie de fiscalização. De modo algum eu estava na unidade para fiscalizar, no entanto, o “estranho”, que vez ou outra conversa com os profissionais de saúde ou outros profissionais na unidade, pode, de fato, aos olhares atentos e desconfiados, parecer um fiscal capaz de danificar a relação entre a população adscrita e os profissionais, e consequentemente prejudicar os usuários. Hugo Virgílio de Oliveira (2021) quando se aprofundou nas perspectivas de outros antropólogos para seus papéis além da academia, menciona que os pesquisadores podem ser assumidos e rotulados de diversas formas, como professor, pesquisador, em outros casos, espião, vigia, colonizador. Aqui, sem o devido cuidado em manter uma possível neutralidade, poderia sim, ser entendido como fiscalizador. Mas também, de modo algum poderia informá-la que estava na unidade para entender os serviços em HIV/aids e conhecer as pessoas que vivem com HIV no território. Se em algum momento essa mulher ou qualquer outro usuário me ver conversando com alguém fora da unidade em uma das ruas que são abarcadas pela área adstrita, rapidamente poderia colocar em cheque um pseudo-entendimento para a pessoa do território.

Esse papel de “fiscal” já teria sido atribuído algumas outras vezes, no entanto, com profissionais de saúde de ambas unidades. Mas o “processo de legitimação do papel do antropólogo” (Oliveira, 2021, p. 19) fica muito mais fácil (e seguro) quando, através de fins burocráticos, uma negociação antecedente com a burocracia municipal “legaliza” a presença no campo. A carta de anuência, por exemplo, afirmada pela secretaria de saúde do município, demonstra as intenções da pesquisa, e com ela, viabiliza o “apoio” da prefeitura. Mas uma coisa é a gestão municipal, com fins formalísticos, ser permissiva na realização da(s) entrevista(s) e presença no campo; outra coisa, é estar na unidade básica e não ser aceito pelos profissionais e/ou usuários/as dos serviços. Não realizamos pesquisa porque a prefeitura apoiou, mas sim *porque* os profissionais e usuários nos aceitaram.

Aos poucos, os profissionais de saúde foram absorvendo minha presença. Por vezes, quando minhas idas na unidade estavam espaçadas demais, Marta, a

receptionista e secretária da unidade Tulipa, comentava: “eita! achei que não vinha mais!”, e sempre cobria o espaço da minha ausência com diálogos generosos, de todos os calibres que envolvem a cidade, o bairro e a própria unidade. Com isso, meu trabalho de campo estava sendo entendido na unidade básica e não gerava nenhum desconforto mútuo (entre os profissionais e o pesquisador).

Em um determinado dia de campo, conversei com Cristal, a enfermeira da unidade Tulipa, perguntando-a quando encontraria as(os) agentes comunitários na unidade. Coincidentemente, todos acabaram de sair de uma reunião e estavam na sala do café conversando e esperando o horário de retorno ao trabalho. Cristal me direcionou e me apresentou como “estudante da UFPB que quer saber sobre HIV”. Imediatamente, todos presentes voltaram a atenção para uma agente comunitária específica, que riu com o foco e falou “então é comigo, né?”. A agente em questão se chama Íris, e ela e Lucy (uma outra agente comunitária) se voltaram para mim e perguntaram sobre meus objetivos. Após o interesse, trocamos contato para agendarmos a entrevista, seguido por uma fala compartilhada entre ela e Lucy: “nós temos muitas histórias”.

A agente comunitária Íris assumiu uma centralidade nesta pesquisa quando se tornou uma agente-chave para a condução investigativa. Além de nos conceder uma entrevista rica em detalhes, apresentou toda sua adscrição territorial permitindo minha participação em alguns dias de trabalho, especialmente quando ia nas ruas dos Figos, dos Laranjais e dos Jambos, que estão localizadas Melissa, Marjorie e Aurora, as três mulheres vivendo com HIV<sup>13</sup> na qual Íris mencionara na entrevista. Ao todo, pude acompanhar Íris sete vezes em seu trabalho (uma delas em 2022, cinco em 2023 e uma em 2024), mas fora já na segunda que me apresentou as três mulheres. Na terceira vez, depois de acordado com todas, Íris, Luziana e eu realizamos as entrevistas. Os trâmites de negociação das entrevistas com Melissa, Marjorie e Aurora sempre foram intermediados por Íris, quando, por diálogos no *whatsapp* ou por encontros ocasionais na unidade Tulipa, conversamos sobre a pesquisa.

No segundo dia em que acompanhei Íris, planejamos de forma que parecesse, para os olhares atentos da comunidade, uma participação com um interesse amplo, como se meu objetivo estivesse unicamente concentrado em seu manejo de trabalho em tempos de covid. Essa estratégia foi aplicada de modo que não gerasse suspeições à população de sua área sobre o “motivo” de eu estar ali<sup>14</sup>. Portanto, neste primeiro

---

<sup>13</sup> Nas palavras dos agentes comunitários, há apenas na área adscrita de Íris pessoas cuja sorologia é sabida. Segundo Lucy, havia um homem em sua área, mas ele se mudou há alguns meses para João Pessoa.

<sup>14</sup> Interessante pensar nos percursos que Íris e eu fizemos. Em qualquer lugar que fôssemos, alguém perguntava a ela quem eu era e o que estava fazendo ali. Algumas pessoas perguntavam se eu era algum

diálogo com Melissa e Aurora, esteve concentrando em apenas negociar possíveis entrevistas. Parte das estratégias empreendidas e dialogadas entre mim e Íris, estava consistida na minha participação em todos seus acompanhamentos e direcionamentos com a comunidade, não apenas das mulheres vivendo com HIV. O que implicava em entrar de casa em casa com Íris, dialogar rapidamente com as pessoas e fazer algumas perguntas superficiais apenas para não gerar suspeição das minhas intenções.

Acompanhar Íris em suas atividades de trabalho também nos direcionou até a unidade do Sol, localizada na aldeia do Céu. As atividades nesta unidade são definidas a partir de uma parceria entre a liderança indígena e a unidade Tulipa, que, semanalmente, a equipe da unidade Tulipa se divide e mantém os serviços ofertados simultaneamente. A unidade do Sol tem seus serviços voltados exclusivamente para pessoas indígenas, mais especificamente, as que residem na aldeia do Céu ou nas ruas ao seu redor, como a rua dos Laranjais, dos Jambos e dos Figos, e seus serviços se concentram em: atendimento médico, vacinação, entrega e coleta de receitas, aferição de pressão e aconselhamento. Nos dias de funcionamento da unidade do Sol, as atividades da unidade Tulipa se concentram unicamente nos exames citológicos, realizados por Cristal. Não posso descrever com tanto afinco as formas que a unidade do Sol opera em seu manejo profissional, no entanto, pode-se perceber que suas prerrogativas estão definidas para propor, a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), uma atenção voltada para a saúde indígena

Embora não tenhamos alcançado as definições das complexidades que envolvem a relação entre ambas as unidades, entendemos que há um emaranhado de linhas de atendimento que redefinem a lógica de cuidado a partir de uma ótica da vulnerabilidade, que poderemos compreender um pouco mais no tópico seguinte.

### **3.2 Território e interioridade: as dinâmicas da vulnerabilidade do bairro das Camélias**

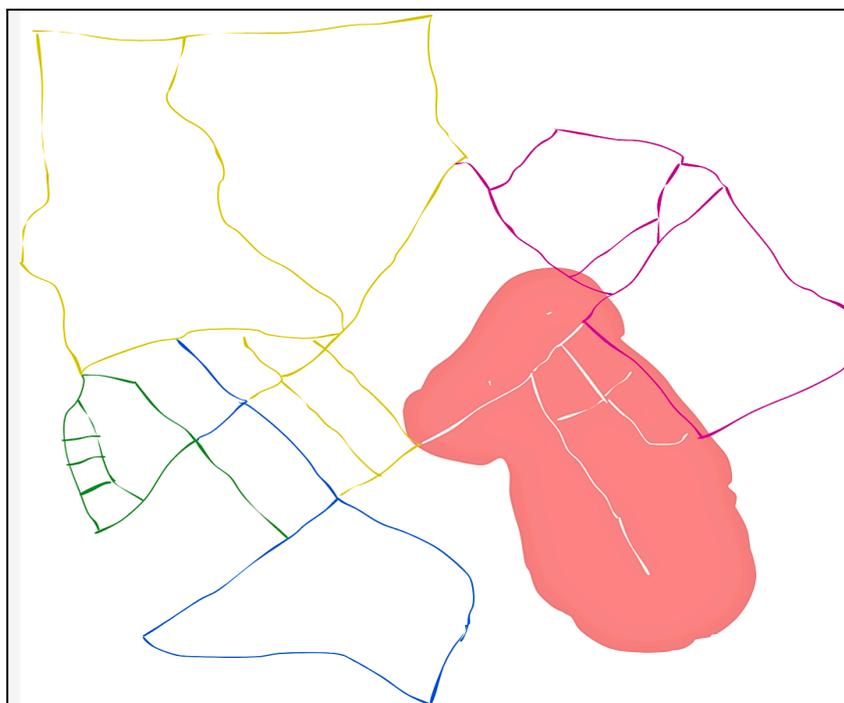
Logo na entrada da unidade Tulipa, há um extenso mapa pregado na parede frontal da porta de entrada, chamado “Mapa dinâmico e estratégico do território da

---

sobrinho de Iris; outras, de modo mais desconfiado, perguntavam se eu era um novo profissional na unidade básica. Iris sempre me apresentou como um “estudante que está aprendendo o trabalho de um agente comunitário” com um certo prestígio. Em outras ocasiões em que acompanhei seu trabalho, algumas pessoas já estavam habituadas com minha presença, o que gerou diversos diálogos divertidos e bastante proveitosos para entender, analiticamente, algumas dinâmicas que estão demarcadas na sociabilidade da comunidade do bairro das Camélias. Algumas pessoas, de fato, entenderam que eu era um sobrinho de Iris, e chegou um momento em que nem eu nem Iris corrigimos mais e passamos a ouvir com amistosidade. Íris mencionou que a fofoca já havia corrido na face da inverdade, pois “alguém falou que você era meu familiar e já foi espalhando”. De certo modo, fiquei feliz com este efeito, porque intensificou meu elo com Iris e nos fez aproximar de um modo muito proveitoso.

equipe de saúde da família e suas microrregiões”. Nele, está o mapeamento de toda a área territorial do bairro das Camélias, que se expande até a aldeia do Céu e a rua das Figos, ou seja, toda a área adscrita à unidade. Há, no entanto, uma separação por cada área em cores, sendo elas: amarela, verde, azul, rosa e branco, com o nome do(a) respectivo(a) agente comunitário(a) de cada área. Cada microrregião apresenta algumas marcações, seja de referências, como escolas ou igrejas, seja de desenhos sugestivos, como um mosquito, água em um jarro, entre outros. Na microrregião de cor branca e parcialmente na de cor rosa, que correspondem à rua dos Laranjais, à rua dos Figos, à aldeia do Céu e à rua dos Jambos, respectivamente, há um preenchimento na cor vermelha definido como “área de vulnerabilidade”. Tentarei demonstrar na ilustração abaixo:

**Figura nº 03:** Ilustração da Área do bairro das Camélias



**Elaborado pelo autor, 2024.**

Íris é a agente comunitária designada no manejo da microrregião branca, e Lucy, anteriormente, foi a agente comunitária responsável da área rosa<sup>15</sup>. Como mencionei, a “névoa” vermelha traz uma demarcação de uma área que está vulnerável, na qual engendra totalmente a área branca e apenas algumas ruas da área rosa. É válido destacar

<sup>15</sup> Por muitos anos, Lucy foi a agente comunitária responsável pela área rosa, que faz divisa com a área de Íris. No entanto, devido a uma mudança de endereço que a deixou mais distante de seu local de trabalho, Lucy solicitou uma troca de área, que então passou a atuar na área verde. Segundo Íris, essa mudança é recente e a atual agente da microárea rosa, ainda não conseguiu criar um elo com sua comunidade.

que este mapa representado está em formato de banner na unidade. Segundo Harley (2009), mapas são formas de linguagem cartográfica que elucidam algum aspecto histórico persistente na definição territorial. Para o autor, a influência da utilização dos mapas define um diálogo entre elementos carregados de juízo de valor que se imbricam a partir de imagens contribuintes para o diálogo em um mundo social.

Desta forma, o mapa em questão aponta um olhar direcionado para uma região específica, cuja circulação (a mancha vermelha) de determinada área reafirma, a todo momento, que aquela região sempre estará demarcada pelo signo da vulnerabilidade. Ayres (2022) chama a atenção para alguns desses efeitos ao atribuir a condição da vulnerabilidade, especialmente na vista dos serviços de saúde. Para o autor, “devemos sempre ter clareza de qual agravo estamos tratando – não se é vulnerável geralmente; está-se vulnerável a algo e em tempos e contextos relacionais determinados” (Ayres, 2022, p. 200). Quando o mapa supracitado está permanentemente empregado na parede da unidade básica, quer dizer que a região também permanece vulnerável.

A relação emergente entre saúde-território retoma uma das falas de Íris, quando se apoia em juízos de valor para referenciar a aldeia do Céu, quando menciona que na aldeia “a educação é um pouco primitiva [...] Porque o pessoal de lá crê em outras coisas que não veem as coisas da saúde em si, como base”. Nas atividades voltadas ao seu manejo de trabalho, Íris define que seu exercício profissional é, por vezes, desviado para suprir outras demandas; no entanto, sua função incipiente é de orientação. “O nosso ponto básico é chegar às pessoas e fazê-las entender de uma forma especial que elas não são obrigadas a fazer as coisas, mas sim em querer buscar pelo menos um pouquinho de melhora”, adverte Íris.

Suas responsabilidades estão concentradas na orientação e reorientação aos usuários de sua área, que, ao todo, são 715 pessoas, tendo limite de 750 pessoas<sup>16</sup>. Além disso, a ponte, tão bem expressa nas falas de Luna, Flora e Serena, que, sinteticamente, mencionam o elo entre o agente comunitário e a comunidade, apareceu na fala de Íris, quando ela diz que “o agente de saúde trabalha com muitas doenças, onde ele é o elo que primeiro sabe, que primeiro une” e complementa: “para as pessoas, foi construída uma confiança muito grande”.

Vê-se, portanto, que há uma centralidade no papel do agente comunitário quando se pensa nas relações entre sua população adstrita. Embora Íris mencione tal elo, ainda não estava perceptível sua relação com as pessoas vivendo com HIV na sua área.

---

<sup>16</sup>Não mais se classifica em “famílias” assistidas, diante da Portaria nº 2.436, de 2017. Ver em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1604137#:~:text=II%20%E2%80%93%20o%20n%C3%BAmero%20de%20ACS,de%20pessoas%20por%20equipe.%E2%80%9D](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1604137#:~:text=II%20%E2%80%93%20o%20n%C3%BAmero%20de%20ACS,de%20pessoas%20por%20equipe.%E2%80%9D).

Essa mesma centralidade coloca em xeque a forma como sua função de orientação assume quando se trata de infecções ou processos de adoecimento que são historicamente estigmatizados em corpos que também são estigmatizados. De acordo com Íris, o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV se maneja diferente de outras notificações: “nosso acompanhamento não é aquele acompanhamento igual aos outros. Que a gente abertamente chega e pergunta ‘você foi?’ [no serviço especializado], não, a gente não pode”. Essa passagem também nos lança um questionamento: há uma pluralidade de corpos que vivem com HIV na área de Íris? Quais os perfis dessas pessoas que vão até os serviços especializados? Sabe-se que há dois serviços especializados em João Pessoa cujo foco centra-se nos serviços em HIV/aids: CF e o HU; quais destes aparecem nas narrativas das usuárias? Passando pelas dinâmicas que envolvem deslocamentos aos serviços especializados, podemos considerar o que consiste nas configurações no que diz respeito ao território.

Emprego, neste sentido, o conceito de “interioridade”, tão bem discutido e analisado por Bruno Rodrigo Carvalho Domingues e Fabiano de Souza Gontijo (2021), para pensar em Rio Tinto. Podemos perceber a forma como os agenciamentos estão demarcados no município. Para os autores, “a interioridade é definida como o conjunto de elementos socioculturais atribuídos à ruralidade e à etnicidade (e eventualmente a outros marcadores sociais) operando simultaneamente à urbanidade” (Domingues; Gontijo, 2021, p. 75). Esses elementos, no caso, são atribuídos e entendidos como identidades e atributos urbanos. Assim, “o conjunto constituído age contra e resiste ao processo civilizador que visa desvincular humanidade/cultura [...] ao atentar para a possibilidade de formas alternativas de experiência da cidade e da urbanidade” (p. 76).

Embora a pesquisa dos autores tenha se concentrado na região norte do país, assumir, então, a categorização de interioridade transfere uma perspectiva que denota, assim como Oliveira Neto (2023, p. 25) percebeu, “uma dimensão relacional e das vinculações histórico-contextuais (colonização, conflitos étnicos, migração, relações de poder etc.)”.

Historicamente, Rio Tinto se encontrou, a priori, em um processo de urbanização e modernização a partir da Companhia Têxtil Rio Tinto, edificada de 1917 a 1924 pelos Lundgren, um grupo de família sueca que, segundo Palitot, “referenciados como beneméritos desse processo, sendo-lhes atribuída a fundação da cidade” (2017, p. 192). A experiência histórica de Rio Tinto seguiu uma densa camada de conflitos territoriais, (re)conquistas de terra, mobilizações étnicas e disputas políticas que estão permeando até hoje. Houve um processo de docilização e subalternização (Foucault,

2013; Spivak, 2010), tanto de indígenas quanto de não indígenas recrutados no trabalho fabril, quanto ao próprio domínio territorial. Esta mudança redefiniu as próprias relações sociais, e, mesmo com a queda da fábrica, em 1980, Rio Tinto “foi atirada num longo processo de decadência e estagnação” (Palitot, 2017, p. 211); no entanto, os moradores acataram uma lógica de que o que mantinha a ordem social e cultural (a ordem empregada em um sistema para urbanização e desenvolvimento) era a partir da obediência ao regime autoritário imposto pela fábrica.

Considera-se, portanto, que, no contexto geopolítico de Rio Tinto, os bairros das Camélias e das Flores se encontram e se encontraram dentro desta conjunção política ou, nas palavras de João Pacheco de Oliveira, desta situação histórica (Oliveira, 2012), uma vez que os arranjos políticos definidos no passado atravessam e atribuem traços de um estigma caracterizado no próprio território. O olhar direcionado ao bairro das Flores e ao bairro das Camélias absorve outros grupos sedimentados e marginalizados, que, por sua vez, reforçam o acionamento dos dispositivos do estigma. Alguns desses dispositivos já foram acionados pelos profissionais de saúde na primeira fase da pesquisa (2016-2017) ao referenciar a população do bairro das Flores e das Camélias como uma população promíscua (Silva; Vieira, 2019), por haver prostituição e circulação de drogas, assim como nas falas de Luna: “a rua dos Laranjais e o bairro das Flores é uma área de vulnerabilidade, porque lá tem muita circulação de droga, de sexo”; e nas falas de Serena: “lá tem gente que bebe, muita droga, é também um meio de prostituição lá”. Nas falas de Íris, tal discurso reaparece:

Porque todo mundo fala que ela é como se fosse uma favela, né. Porque assim lá na [Rua dos Laranjais] é diferente daqui [centro do Bairro das Camélias]. Lá uma das casinhas é juntinha das outras, o pessoal não tem um auto estudo, nem o ensino fundamental a maioria tem. Elas não tem medo de doenças nenhuma, pra eles é tudo normal, é besteira na cabeça das pessoas. Então assim, o número de lá, se tiver dengue, o foco maior é lá. Quando fiscalizam HIV, aparecem números de casos, porque as pessoas não estão nem aí, tá entendendo? De tudo, o ponto x é lá. (Íris, Agente Comunitária em Saúde da unidade Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022).

Na fala das gestoras e de Íris, a noção de vulnerabilidade é utilizada para destacar o alto índice de infecção por HIV, tanto no bairro das Flores quanto na rua dos Laranjais (que faz parte do bairro das Camélias). Entretanto, há um conflito subjacente, pois, na realidade, o que está sendo acionado são imaginários que remetem à antiga (porém persistente) ideia de “grupos de risco”, historicamente associada à epidemia da aids e às pessoas vivendo com HIV. Isso gera uma ruptura no significado de “vulnerabilidade”, distanciando-se do sentido empregado nas contextualizações teóricas e reflexivas acerca da vulnerabilidade (Ayres, 1999). A noção de “risco” parece estar

empregada como um dispositivo acusatório, assemelhando-se ao comportamento e às práticas individuais que já apareceram nos escritos de Palitot (2017). No entanto, por mais que amplamente haja o indicativo de prostituição ou uso de drogas, o que podemos analisar é a forma como isso está sendo empregado para referenciar o bairro das Camélias. Dadas nossas limitações metodológicas e de alcance etnográfico, nossas impressões estavam centradas a partir dessas falas, o que nos levou a refletir sobre as apropriações do conceito pelos profissionais de saúde, já que se distancia da tríade da vulnerabilidade (social, individual e programática) discutida por Ayres et al. (1999) e remete às próprias percepções de como a atenção ao cuidado é trabalhada no território à luz de elementos estigmatizantes.

A dimensão territorial que permeia os bairros pode ser pensada a partir de uma geografia do poder, de Claude Raffestin (1993), pensando a construção do território a partir de suas interações entre poder e espaço. Essas, por sua vez, reafirmam as relações sociais e não são, de maneira alguma, estáticas, mas fazem parte de uma conjuntura relacional que vai entre a territorialização, desterritorialização e reterritorialização (Haesbaert, 2004). Além disso, o autor nos lembra que também é necessário levar em consideração as relações de poder, envolvendo processos de dominação, conflitos de classes, de trabalho, de gênero e geração, tecendo ampliações nos processos de estigmatização ou pela própria forma como o território é utilizado pelos grupos sociais (Silva; Moraes; Neto, 2022).

Entender as dimensões em que o território está concernido e as composições que nutrem as relações sociais entre os sujeitos é fundamental para a compreensão da relação dos próprios serviços com a população. No entanto, essa teia de conexões acaba tomando outros parâmetros quando tais relações são dimensionadas para o escopo do HIV/aids e para quem vive ou convive com o vírus, levando em consideração os processos de estigmatização e vulnerabilização que cercam esses sujeitos. A partir desses processos, proponho pensar a partir das narrativas de quem experiencia esses efeitos e me debruçar nas histórias narradas pelas três mulheres vivendo com HIV que foram localizadas e fizeram parte desta pesquisa.

#### **4. EXPERIÊNCIAS: AS NARRATIVAS DE MELISSA, MARJORIE E AURORA**

As três narrativas que serão apresentadas neste capítulo são frutos de algumas negociações intermediadas especialmente por Íris, a agente comunitária do bairro das Camélias, que contribuiu grandemente, desde quando nos conhecemos, com esta pesquisa. Trata-se de três mulheres vivendo com HIV: Melissa, de trinta e oito anos; Marjorie, de cinquenta e oito; e Aurora, de quarenta e oito anos. Melissa e Marjorie residem na rua dos Laranjais, enquanto Aurora mora na rua dos Figs.

Antes de nos atentarmos às descrições e às discussões, faz-se necessário um breve preâmbulo para reiterar o que está sendo exposto, a fim de situar o que as experiências dessas três mulheres podem nos apresentar na relação entre território e serviços de saúde. Nos capítulos anteriores, pudemos compreender que há uma dinâmica entre a atenção básica municipal de Rio Tinto e o direcionamento de usuários aos serviços de atenção especializada em João Pessoa. Além disso, as dinâmicas de relações sociais que estão presentes no bairro das Camélias parecem apontar chaves analíticas interessantes para serem consideradas a partir de suas experiências, que podem denotar mais do que o caráter relacional, mas suas próprias definições subjetivas sobre o que diz respeito a viver com HIV no interior.

Interessa-me pensar nessa teia de experiências particulares (Abu-Lughod, 2018) para compreender a própria rotina de cuidado e como os serviços de saúde aparecem em suas vidas. Para as pessoas que vivem com HIV, cujo pacote de serviços voltados à atenção à saúde se dá nos serviços especializados (CF e HU), a prefeitura municipal de Rio Tinto disponibiliza um meio de transporte para direcioná-las. Tendo em vista que o transporte oferecido pela prefeitura inicia seu trajeto às 04h50 da manhã (iniciando sua rota no bairro das Camélias), os desafios que emergem a partir de implicações territoriais e estigmatizantes redefinem a lógica de ida e vinda dos serviços, mas também promovem manejos de cuidado que estão intimamente ligados às próprias estratégias que essas pessoas pontuam para ter a atenção à saúde e do cuidado em volta do HIV.

As três mulheres são parte do território adscrito de Íris; no entanto, apenas Melissa é, até certo momento, uma usuária da unidade Tulipa. Marjorie e Aurora, por outro lado, possuem ligações com os serviços da unidade do Sol, tendo em vista que ambas são indígenas Potiguara e os serviços da unidade são voltados para a população indígena. Desta forma, só foi possível identificar os trâmites que envolvem a relação entre atenção básica e serviços especializados por meio da análise de suas narrativas, enquanto discorrem sobre suas experiências.

Destaco que todos os dados que estarão contidos neste capítulo não foram coletados em sua totalidade apenas com as entrevistas realizadas. Trata-se de diferentes abordagens adotadas durante a fase etnográfica, variando entre entrevistas, conversas informais e formais. Embora a intenção inicial desta pesquisa tenha sido solidificada para acompanhar as participantes até os serviços de saúde e outras continuidades de diálogos, as definições metodológicas e de campo permitiram que eu pudesse acompanhar apenas Marjorie em um dia de ida até os serviços especializados, os quais serão discutidos e apresentados em sua seção. Tanto Melissa quanto Aurora apresentaram diferentes entraves para o acompanhamento ao serviço especializado; por isso, a continuidade da etnografia não foi possível. Retornarei a este ponto depois de descrever suas experiências. Destaco, portanto, que não irei atribuir quaisquer descrições e características sobre seus corpos para não veicular nenhuma possibilidade de suas feições físicas, e apenas me deterei àquilo que consiste em uma perspectiva sociodemográfica.

#### 4.1 Melissa

Melissa é uma mulher cisgênera, heterossexual, de trinta e oito anos, natural de Mamanguape (Paraíba)<sup>17</sup>. Sua autoafirmação étnica fora definida como “morena”, e reside há alguns anos no bairro das Camélias, ao lado de seu esposo, Leandro, e seus três filhos: Tereza, de treze anos, Maria, de cinco e Josué, de um ano. Aos vinte anos, Melissa migrou para o município Baía da Traição (Paraíba)<sup>18</sup>, ao lado de sua mãe e sua irmã caçula. O motivo de sua mudança foi por conta das perdas familiares e afetivas de sua mãe em determinados momentos da vida: o esposo, um filho e um genro. Assim, “ela ficou com raiva do lugar [de Mamanguape e a região onde residiam]” e quis se mudar para outra cidade. Foi nesta mudança que Melissa conheceu seu marido Leandro, na Baía da Traição, há pelo menos catorze anos, e passaram a morar no bairro das Camélias<sup>19</sup>. Leandro é um homem robusto, negro e de idade próxima de Melissa. Não conseguimos alcançar seus dados sociodemográficos, como sua naturalidade, por limitações de alcance pessoal e metodológicas<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> Município localizado a cerca de oito quilômetros de Rio Tinto.

<sup>18</sup> Município localizado a cerca de vinte e quatro quilômetros de Rio Tinto.

<sup>19</sup> Melissa calcula o tempo com seu cônjuge a partir da idade de sua filha mais velha, ou seja, há trezes anos que estão juntos, e a mais ou menos este tempo que está residindo no bairro das Camélias.

<sup>20</sup> Na realização da entrevista com Melissa, esteve presente: Luziana, Íris, Melissa, Maria, Josué, Tereza e eu. Diante das impossibilidades de um momento oportuno para conversarmos sobre questões em torno da sexualidade, parte dos diálogos foram deixados em segundo plano.

Melissa possui duas irmãs: uma reside no Rio de Janeiro há vários anos e a outra permaneceu na Baía da Traição. Entretanto, ela já teve dois irmãos: um faleceu antes de se mudar para a Baía da Traição, há mais ou menos quinze anos, e o outro faleceu entre 2020 e 2021 em decorrência dos efeitos do adoecimento pela Covid-19 e dos agravos oportunistas por conta do HIV não tratado.

Melissa reside em uma casa conjugada com seu esposo e os três filhos, dividida em dois cômodos: uma sala e um quarto, separados por uma pequena parede, além de uma cozinha e um banheiro no fundo da casa. Na sala, há uma janela de madeira ao lado da porta de entrada, também de madeira; do lado de fora, em sua entrada, há uma pequena varanda de pedra e um pequeno portão de madeira.

No que tange à sua religião, mencionou que era frequentadora da igreja evangélica do bairro das Camélias, mas se afastou por conta da epilepsia de Tereza, pelo receio de deixá-la sozinha e não ter ninguém para auxiliar caso ocorra um episódio. Tereza toma medicação controlada e, segundo Melissa, “de vez em quando dá os negócios dela”.

Tanto ela quanto Leandro não possuem nenhuma atividade remunerada, e toda a sua fonte de renda vem de benefícios de assistência social, como o programa Bolsa Família. Como ambos não têm escolaridade e não são alfabetizados, todos os documentos referentes à assistência, programas de auxílio ou qualquer outro são lidos, explicados e orientados por terceiros. No caso de documentos relacionados à saúde, Íris, a agente comunitária, é quem os auxilia e orienta. Em suas palavras, Melissa diz: “Às vezes... assim, quando é alguma coisa de exame, essas coisas, como eu não entendo, aí eu mostro pra ela e ela me indica, me explica. Porque, assim, eu não sei ler, né, então eu mostro a ela [Íris]”.

Foi durante o período do puerpério de Maria que Melissa descobriu sua sorologia. Embora tenha tido conhecimento, não deu seguimento na terapia antirretroviral porque, em suas palavras, “não ligava, não”. Quando perguntamos se ela teria conhecimento de quando e como houve a infecção, Melissa nos diz que não sabe como ocorreu e não menciona, tampouco especula sobre as possibilidades.

Dois anos depois, confirmou novamente sua sorologia positiva para o HIV com o teste rápido incumbido no pacote de exames do pré-natal, durante a gravidez de Josué, no primeiro semestre de 2020. Após a confirmação, e convencida de que deveria dar início à terapia antirretroviral para não ter uma gravidez atravessada pela transmissão vertical, foi direcionada ao HU/SAE Materno Infantil de João Pessoa para iniciar seus acompanhamentos médicos. Melissa mencionou que nenhum de seus filhos nasceu pela

transmissão vertical, mas advertiu que, quando foi direcionada ao HU, levou “*uns carão, né, porque era pra eu ter ido desde o início, né, se cuidando mais ainda. Aí correu risco, né, do bebê pegar*”. No entanto, Íris, em um outro momento, após a leitura de um determinado exame de Josué, havia constatado um resultado positivo para HIV, o que, portanto, ainda estaria em fase confirmatória sorológica<sup>21</sup>.

Depois de seu direcionamento, Melissa passou a ser acompanhada tanto pela unidade básica Tulipa quanto pelo HU: no hospital, iniciou a terapia antirretroviral e os acompanhamentos médicos necessários; na unidade, manteve todo o acompanhamento profissional relacionado ao pré-natal (testagens, exames, planejamentos e assistência) e passou a ser auxiliada e acompanhada por Íris.

Antes mesmo da descoberta e do seu direcionamento, suas experiências relacionadas ao HIV estavam baseadas na negligência de seu falecido irmão com sua saúde. Seu irmão residia na Baía da Traição e sempre ia até o bairro das Camélias visitar Melissa e seus sobrinhos para conversar e pernoitar. Melissa nunca havia se informado – antes da descoberta – ou fora informada sobre o HIV; tudo que sabia era através das prescrições dos imaginários sociais e dos efeitos de adoecimento de seu irmão. “Porque assim, realmente, se meu irmão tivesse controlado o problema dele, ele não ia morrer tão cedo, não, entendesse? É isso que a gente dava conselho pra ele, aí ele dizia: ‘se eu tiver que morrer, eu vou morrer’”, menciona Melissa ao rememorar o manejo do cuidado de seu irmão. Além disso, relembra que também conversava com ele sobre isso: “Aí eu dizia: ‘*apoi... você tá dando relaxo mesmo. Não tá ligando*’. Porque assim, eu sei que não tem cura, mas tem como estar combatendo; aí eu dava conselho a ele, mas ele não queria tomar, aí foi se agravando mais ainda o problema dele”.

Segundo Melissa, seu irmão era acompanhado todos os meses no CF em João Pessoa, mas não utilizava as medicações de forma correta: bebia em excesso, ficava dias sem realizar a TARV e, em paralelo, não respeitava as normas de biossegurança e o distanciamento social durante o decurso da pandemia, o que o fez se infectar pela Covid-19. Íris e Melissa apontam que este foi o agravo principal de sua morte: a sobreposição e a soma de dois processos de adoecimento. Nas palavras de Melissa, seu irmão fora aposentado e recebia seus benefícios; no entanto, quando perguntamos se ela também se aposentou, foi dito que ela não conseguiu se aposentar. “Eu não consegui, não. Assim, eu pedi o laudo médico, os negócios lá, né, mês passado. Aí eu botei na mão do advogado, aí eu não sei o que realmente vai... conseguir”.

---

<sup>21</sup> Até o fim da pesquisa, não conseguimos alcançar o resultado da sorologia de Josué, no entanto, pode-se ponderar que, caso tenha nascido pela transmissão vertical, Melissa considerou não nos falar. Há, portanto, uma inconsistência nesta informação, uma vez que Íris diz uma coisa, e Melissa diz outra.

Após a confirmação da infecção por HIV, Melissa aponta que sua principal preocupação foi com as crianças, receando ter transmitido o vírus para alguma delas. Embora não tenhamos alcançado a sorologia de Josué, tanto Maria quanto Tereza realizaram as testagens e, em suas palavras: “essas meninas tudinho fez. Nenhum acusou, não, graças a Deus”. No entanto, ela reforça que, no que diz respeito à sua própria condição, não ficou desesperada e não deu importância à situação. Quando Josué nasceu e, conseqüentemente, o período do pré-natal foi finalizado, todo o uso da unidade básica Tulipa passou a ser direcionado apenas para as consultas de Tereza (por conta da sua epilepsia) e a retirada de suas medicações, além dos agendamentos de Maria e suas consultas periódicas. Além disso, Melissa mencionou que, no exato dia da entrevista, Josué estava aniversariando (completando um ano de idade) e, a partir deste momento, será necessário um encaminhamento no HU para passar a retirar o leite na unidade básica, “porque [no HU] eles dão só até um ano”. Íris complementa ao dizer que “agora ele [Josué] vai ficar com o atendimento da unidade de saúde, que, no caso, ela tem que esperar a nutricionista autorizar e a assistente social liberar”.

No que tange aos atendimentos durante o primeiro ano de Josué, tanto ele quanto Melissa passaram a ser consultados apenas no SAE Materno Infantil do HU de João Pessoa. Essa mudança trouxe diversas modificações na rotina de Melissa e sua família nuclear. Para ir até o HU, desde seu primeiro direcionamento, Melissa depende do ônibus disponibilizado pela prefeitura de Rio Tinto, mas aponta alguns desafios, especialmente em relação ao horário: “tem que pegar o ônibus de quatro horas! Tem que ir lá na pista, mas pra tu ver... eu tenho que acordar de três horas da manhã pra arrumar essas crianças, mas elas ficam com o pai”, no caso, apenas Josué vai junto com ela ao HU.

No entanto, durante o período em que Melissa ia ao HU para realizar os atendimentos a partir do invólucro da saúde reprodutiva e do cuidado em HIV, isto é, antes do nascimento de Josué, ela interrompeu a terapia antirretroviral por não ter condições financeiras de ir até os serviços por conta própria. Esse efeito se deu pela paralisação do transporte municipal devido à pandemia de Covid-19, que durou todo o 2º semestre de 2020, retornando apenas próximo ao ano de 2022. Melissa menciona que, durante a circulação do transporte, ia de dois em dois meses e retirava sua medicação para esse período, mas, depois que o ônibus parou, não pôde mais ir.

Contudo, depois do nascimento de Josué, em julho de 2021, Melissa não mais ia ao HU apenas para definir as estratégias de cuidado relacionadas ao HIV e à prevenção da transmissão vertical, mas passou a realizar todo o puerpério e a puericultura de Josué

unicamente no HU. Embora não tenhamos alcançado os manejos de locomoção de Melissa e Josué nesses meses iniciais até João Pessoa, tendo em vista que o transporte ainda estava paralizado, em nenhum momento durante a entrevista Melissa mencionou que deixou de ir aos serviços após o nascimento de Josué. Quando a conhecemos, em 2022, o transporte já estava em circulação novamente e, em suas palavras, “todo mês estou indo por causa do bebê, né”.

Nos dias em que se direciona ao HU, Melissa acorda às 3h00 para arrumar seus filhos e deixar Tereza e Maria com Leandro; se direciona até o ponto de embarque do transporte oferecido pela prefeitura municipal de Rio Tinto, localizado a cerca de dois quilômetros e meio de sua casa; entra no ônibus por volta das 4h50 e chega ao HU por volta das 7h00. Nesse momento, realiza todos os exames e consultas necessárias, tanto os agendados para ela quanto para Josué, sempre atenta ao horário para não correr o risco de perder o ônibus de volta para casa, que parte às 11h00. Se faltar algum exame, ele é reagendado, e esse itinerário se repete. Tem ido mensalmente aos serviços, porque todo mês é necessário estar lá por conta de seu bebê, Josué. Não conseguimos obter informações sobre as formas de alimentação de Melissa e Josué nos dias em que vão ao HU.

O roteiro de Melissa está muito concentrado nas demandas terapêuticas de Josué. Normalmente, ela solicita o agendamento dos exames da sua própria condição de saúde para o mesmo dia das consultas e exames do filho. No entanto, surge novamente um receio relacionado ao transporte, que inicia o trajeto de retorno a Rio Tinto às 11h00. Muitas vezes, não há tempo suficiente para realizar todos os "vai-e-volta" dos agendamentos. “Aí tem que dar a vacina no menino. Aí eu subo, aí chego lá, entrego o cartão, aí vou... Depois, fui eu mais ele, porque já tinha consulta pra mim também, né. Aí me entregaram os papéis; tenho até que mostrar para Íris”, menciona. Os papéis em questão dizem respeito à nova combinação dos antirretrovirais que começará a tomar.

O “vai-e-volta” refere-se à quantidade de exames e consultas realizados durante uma ida ao HU. Melissa maneja seu tempo para ajustar-se ao horário de retorno do ônibus, mas, às vezes, alguns exames ou consultas ficam pendentes por não estarem dentro do tempo disponível estipulado pelo transporte. Isso exige um novo agendamento e, conseqüentemente, uma nova ida ao serviço.

Enquanto falava sobre suas idas ao HU, Melissa mencionou que, com o tempo, se familiarizou com o hospital. Agora, ao chegar lá, já sabe os “cantos que tem que ir” e é recebida por uma equipe que a conhece e está habituada com suas visitas. Ela conta que todos os profissionais com quem teve contato foram “boas pessoas” desde o início,

quando não conhecia nenhum local do hospital e precisava de informações, até agora, momento em que todos a tratam com carinho.

Melissa também nos disse que parte do conhecimento que atualmente possui sobre o HIV foi adquirido ao participar de algumas palestras oferecidas no hospital. Para ela, as medicações são centrais no cuidado, e ela se orgulha de nunca ter passado por nenhum processo de adoecimento relacionado ao HIV.

Em um determinado momento no HU, Melissa nos contou que, certa vez, “o pessoal do HU pediu para chamar Leandro” para que ele a acompanhasse nos exames. Depois de muita insistência, Melissa o convenceu a ir. “Aí fez os exames e acusou. Só que ele não quer fazer mesmo”, relatou. “Ele tem! Mas ele não quer tomar, não. Ele não quer que ninguém saiba. Eu já chamei ele e tudo, tentei, né, chamar, expliquei a ele o que mandaram explicar, mas ele não quer fazer”, completou. Nessa fala de Melissa, percebe-se uma preocupação pelo fato de Leandro não procurar tratamento, e ela expressa: “Acho que alguma hora... se ele continuar com isso... vai acabar ficando doente”.

Leandro, mesmo após testar positivo para o HIV, optou por não seguir com o tratamento para evitar que descobrissem sua sorologia. Melissa discorre um pouco mais sobre essa questão: “Porque a maioria do pessoal aqui, não sabe que eu tenho. Já me perguntaram e eu até menti, disse que tinha outra doença sem ser essa. Porque ficam, tipo, enchendo”. Melissa se incomoda com esses questionamentos e complementa: “Aí tem gente que não quer nem conversar com a pessoa, fica desprezando. Aí tem gente que é curioso, né? Aí eu digo assim ‘não, eu vou através do menino’, né”. Quando lhe perguntam diretamente sobre qual é sua enfermidade, ela responde: “eu falo: ‘diabete!!!’ Aí eu fui e menti, porque tem gente que gosta de *catucar* [...] porque tem gente que entende e gente que não entende”.

Portanto, entende-se que ambos possuem receios de uma possível revelação da sorologia devido à forma como a fofoca circula no bairro das Camélias, especialmente na rua dos Laranjais. A dinâmica territorial, organizacional e social no bairro interfere diretamente no manejo do cuidado em HIV. Um exemplo interessante dessa dimensão está na condução da entrevista: estávamos na sala de sua casa, com seus três filhos presentes, o que impediu que abordássemos determinados assuntos. Em certo momento, percebemos que o que estava sendo dito ali poderia ser facilmente ouvido pelos vizinhos ao lado e pelas pessoas na calçada, pois também conseguíamos escutar as conversas do vizinho na casa ao lado. Ao notar essa situação, mudamos o foco da entrevista, evitando mencionar os nomes dos hospitais e redirecionando a conversa

apenas para os efeitos da Covid-19. Ainda assim, sempre que ouvíamos vozes da vizinhança, Melissa respondia de forma cada vez mais lacônica, e seu tom de voz diminuía gradualmente. Diante do receio de expor sua sorologia, decidimos encerrar a entrevista mais cedo. As casas conjugadas são próximas a ponto de qualquer conversa em uma delas poder ser ouvida do outro lado da parede.

Pode-se entender, a partir das narrativas de Melissa, que suas experiências estão construídas de forma que haja uma preservação sobre sua sorologia, que tenta, a todo momento, permanecer sob sigilo. Além disso, enquanto estávamos em sua casa, pessoas do outro lado da rua visualizavam atentamente a presença de Íris e outras duas pessoas, diga-se de passagem, estranhas (Luziana e eu) – aos olhares do que nos observavam – e isso poderia gerar certos graus de suspeição do que estávamos fazendo. E isso já iniciou momentos antes da entrevista, quando estacionamos o carro em uma rua um pouco mais distante da casa de Melissa, já para não trazer nenhum grau de atenção. Mas, também, se perdurou ao seu final da entrevista, na qual utilizamos a Covid-19 como estratégia para explicação da nossa presença no território, feito que reduziria as especulações da vizinhança sobre nosso real motivo.

Discorrendo sobre suas experiências, compreende-se que, em um histórico familiar, Melissa já teve experiências com HIV/aids a partir da experiência de seu irmão. Embora não tenha destacado de forma tão acentuada as relações fraternais, Melissa menciona que antes do falecimento de seu irmão, ele a visitava, dormia em sua casa, conversava, solicitava conselhos e se auxiliavam.

A experiência de Melissa de viver com HIV, desta forma, está definida por diferentes momentos que estiveram perpassados em sua vida: o manejo do cuidado de seu falecido irmão na qual a preocupava; o primeiro teste positivo a partir do nascimento de Maria; o pré-natal, enquanto ainda grávida de Josué, realizado a partir dos serviços da saúde reprodutiva na unidade básica Tulipa; o período puerpério, quando Melissa se desvincula quase totalmente da atenção básica e está, junto com Josué, realizando todo o acompanhamento nos serviços especializados; e o próprio segredo e as formas do manejo da vida e do cotidiano, na qual tece estratégias – como o encobrimento – para manter seu corpo e de sua família longe do alvo da fofoca. De modo mais explícito: enquanto grávida, Melissa se direcionava ao HU para manejar seu próprio cuidado em HIV e prevenir que haja a existência da transmissão vertical, mas também se direcionava à unidade Tulipa para realizar o pré-natal; e, após o nascimento de Josué, ambos passaram a serem usuários unicamente do serviço especializado.

## 4.2 Marjorie

Marjorie é uma mulher indígena do povo Potiguara, cisgênera, heterossexual de cinquenta e oito anos. Nascida em Rio Tinto, aos quatro anos se mudou para a aldeia do Céu com seu pai e sua mãe, e desde muito nova trabalhou no roçado de sua família. Desta forma, estudou até a quarta série, e depois disso, ficou concentrada unicamente em seu trabalho no roçado. Quando mais velha, aos dezoito anos, comenta que certa vez uma mulher branca apareceu na aldeia e a convidou para trabalhar em sua casa como doméstica, em João Pessoa. Marjorie se mudou, então, para a capital e trabalhou durante o ano todo na casa da mulher, enquanto morava em um bairro mais afastado no qual se refere como “favela”. Enquanto residia em João Pessoa, em suas palavras: “me divertia muito, ia para o forró, bebia um pouco, mas nunca liguei para namorar, mas eu tinha meus *ficas*, né?”.

Assim, depois de sete anos morando em João Pessoa, Marjorie conheceu Fausto, seu primeiro marido e pai de seus dois filhos: Afonso, atualmente com trinta e quatro anos, e Mercedes, de trinta e três. Marjorie menciona que pouco tempo depois de conhecer Fausto em meados dos anos 80, engravidou de Afonso, em 1986, e retornou por pouco tempo para a aldeia do Céu por questões financeiras. Depois de um tempo, retornou para João Pessoa e engravidou de Mercedes. Com pouco mais de seis meses de gravidez, novamente retornou para a aldeia e ficou por mais um tempo.

Marjorie rememora que Fausto sempre falava de se casar: “mas nunca me casou, né... Aí a gente foi vivendo, vivendo, e aí não deu certo. Separamos, né. Aí ele casou com outra”. Depois disso, morou ainda por um tempo em João Pessoa, mas retornou definitivamente para Rio Tinto e ficou morando na casa de seu irmão, residente do bairro das Camélias, enquanto trabalhava “ali pro lado de Rio Tinto”. Nesta época, por volta dos anos 2000, Marjorie menciona que começou a namorar Teodoro, residente do bairro das Camélias, quando diz “Foi o tempo que eu conheci um *patrãozinho* daqui, mas não sabia que ele... tinha esse problema. Na época eu tava gostando dele, só que eu não sabia... pele limpa, quem ia saber?” E complementa, alertando “o povo tentava me dizer, mas eu não queria acreditar”.

Interessante a forma que Marjorie se embasa para reiterar a “pele limpa” de Teodoro enquanto sinônimo para reiterar uma segurança, ou pureza biológica. De contraposto, a sorologia de Teodoro parece se assemelhar ao sujo, que em seu sinônimo simboliza a impureza (Douglas, 1966) e os imaginários persistentes à um valor estético da epidemia da aids e do vírus.

Marjorie descreve que Teodoro não queria que ela soubesse de maneira alguma sobre sua condição sorológica. Certa vez, um vizinho de Teodoro foi até a casa de Marjorie – enquanto estava com Teodoro – para falar à ela sobre a sorologia de seu namorado. Mas ela, como mencionou, não queria acreditar porque “estava apaixonada”. Mas ao passar dos dias, enquanto juntos, recorda: “Aí pronto, aí... ele foi o primeiro que adoeceu. Passou quase... mais de quinze dias internado em João Pessoa no CF, só que quando ele chegou, ele veio com cartão... e no cartão não tem o nome [do hospital]”. Até este momento, Marjorie permanecia sem saber sobre a sorologia de Teodoro, tampouco o hospital que ele ficara internado, mas fora atravessada pelas fofocas do bairro e especulou que tenha sido o CF, já referenciado como o lugar que as pessoas com o HIV vão. Ainda neste momento, Marjorie relutava para não acreditar no que a comunidade falava.

Sobre Teodoro, Marjorie não sabe ao certo dizer como se deu sua infecção, até porque, ele nunca a disse nada. Mas havia rumores, na época em que estavam juntos, que Teodoro teve uma relação sexual com um homem cujo exame solicitado pelo “Tiro de Guerra”<sup>22</sup> acusara o HIV positivo. Desta forma, foram à procura de todos/as os/as parceiros/as sexuais deste homem, que ficou foragido por um tempo por ter sido jurado de morte<sup>23</sup>. Suspeita-se, portanto, que a via de transmissão à Teodoro e os(as) outros(as) parceiros(as) sexuais foi por este homem. Mas isso, tal qual Íris e Marjorie mencionam, “é só fofoca”.

Marjorie lembra, que enquanto estava com Teodoro, ele ficava lhe olhando “como se quisesse dizer alguma coisa, mas não tinha coragem. Eu já *tava* me *encabulando*. Acho que ele tinha medo de eu fazer alguma coisa com ele”. No entanto, suas suspeitas estavam percorrendo seus pensamentos até passar a somatizar em seu corpo, em 2006. “O tempo foi passando, eu comecei com a coceira na pele e nos braços... minha perna até estourou, até hoje tenho a marca”, menciona. Marjorie rememora que nesta época, havia um outro hospital em Rio Tinto, e ficou internada durante quatro dias na ala de observação, mas não descobriram nada, porque, na época, não era o local para descobrirem algo. Depois disso – continua Marjorie, “Eu fui

---

<sup>22</sup> O Tiro de Guerra é um órgão do Exército Brasileiro cuja obrigatoriedade está voltada aos cidadãos brasileiros que completam a maioria (aos dezoito anos de idade). No Tiro de Guerra de Rio Tinto, Íris e Marjorie mencionam que continuam realizando essas testagens quando há o alistamento. Até o presente momento, não há nenhuma diretriz ou lei que proíba a realização de testagem em HIV, embora já tenha tido Projetos de Lei que visassem a proibição desta ação, como a P.L 6332/2019 (cuja situação está arquivada). Contudo, a Lei nº 11.199, de 12 de julho de 2002, que prevê a proibição da discriminação aos “portadores do vírus HIV”, em seu artigo nº 03, dispõe que qualquer dado referente aos resultados de exame, são confidenciais ao serviço de saúde. No entanto, a sorologia de Teodoro veio a público quando esteve na “busca ativa” deste homem testado no Tiro de Guerra.

<sup>23</sup> “Jurado de Morte” é uma expressão para referenciar uma ameaça de agressão ou de morte.

ficando magra, magra, emagrecendo. Passando dois dias boa, três dias arriada numa febre e frio. Eu cheguei a pesar 23 quilos. Aí foi quando eu descobri, porque fiz um exame lá no Clementino”. Perguntamos-lhe como ela chegou até ao hospital, e o porquê de ter ido diretamente nele, e nos responde: “Eu que botei na minha cabeça. Eu digo: é o jeito, naquele tempo, na prefeitura, não tinha ônibus, era uma van. Aí eu aproveitei e fui, doente, doente”. Marjorie já tinha consciência que era no CF que teria que ir justamente por conhecer que lá é onde as pessoas diagnosticadas estavam (como Teodoro estivera tempos atrás).

Com suas suspeitas confirmadas, e Teodoro permanecendo com seus olhares de “culpado” direcionado à ela, Marjorie, certa vez, o confrontou: “‘menino, se tu tem alguma coisa pra me dizer, diz logo, se for o que eu tô pensando, pode falar’. Ele com medo. Aí ele foi e disse. ‘Tá bem, tá certo, eu queria só tirar uma dúvida’”. Marjorie menciona que Teodoro só passou a realizar o tratamento depois que foi ao CF, mas antes disso, não fazia, mesmo já “sabendo o que tinha”. Seu relacionamento com Teodoro durou treze anos, até que “ele casou, me deixou. Hoje em dia, é casado com outra que é lá de João Pessoa”, mencionou Marjorie em tom de desilusão.

Depois que seu relacionamento acabou, Marjorie seguiu sua vida da mesma forma que Teodoro o fez. Arriscou namorar algumas outras vezes, e nos disse: “eu gostei de um menino aí, mas num deu certo [...] teve outro também, mas não deu certo porque é muito mulherengo. Hoje em dia vive com outra”. Marjorie reforça que para se relacionar com alguém e se sentir à vontade em viver com ela, a pessoa tem que saber sobre sua sorologia, porque, em suas palavras: “se eu esconder, lá fora vai ser descoberto, aí vem pra cima de mim”. Ou seja, Marjorie teme a violência que presenciou com Teodoro.

Neste sentido, os relacionamentos de Marjorie nunca foram positivos para ela. Hoje em dia, é uma mulher solteira e não tem intenções de se relacionar com mais ninguém, pois está retraída na posição de conformação, quando fala “que já me acostumei em ficar sozinha”.

Atualmente, Marjorie é aposentada e sua renda está concentrada unicamente em sua aposentadoria. Reside na rua dos Laranjais em uma casa cedida por Gláucia, sua nora (esposa de Afonso, na qual se casaram alguns dias antes da entrevista). Posteriormente, em fevereiro de 2023, Marjorie me informou que o relacionamento de seu filho e sua nora havia acabado, porque “ele bebia e se transformava, batia nela. Certa ela que largou dele”. Depois disso, ambas passaram a morar juntas, apenas as duas. Marjorie possui um afeto muito grande por Gláucia, e uma cuida da outra:

“Gláucia é mais minha filha do que a minha mesmo”, relata Marjorie. Perguntei-lhe o porquê, e me respondeu: “A minha nem fala comigo, não vai me visitar. Ela tem uma filha especial, aí não vejo ela muito porque precisa de muita atenção”. Questionei-a, também, sobre sua relação com Afonso: “Esse aí é um traste. Mas eu vejo ele, às vezes. Ele trabalha num matadouro de galinhas, fica degolando galinha”, disse ela.

Gláucia possui um papel central na vida de Marjorie, seja ela em sua própria afetividade, como no auxílio do cuidado. Gláucia a lembra de tomar as medicações, auxilia nas leituras de exames um pouco mais complexos e a lembra de suas consultas quando percebe suas distrações. “Tem vez que eu acho que já tomei [o remédio] aí vem Gláucia e me fala ‘Marjorie tu não vai tomar seu remédio não, mulher?’ Aí eu vejo que não tomei e vou lá e tomo”, menciona Marjorie. Gláucia também a encoraja a se relacionar com outras pessoas: “Ela sempre me fala ‘você precisa achar um homem’ mas eu não quero, não. Fico bem só”, diz enquanto ri. Marjorie e Gláucia possuem uma relação de amizade amena, leve, onde uma é o “porto-seguro” da outra. Gláucia a encoraja a sair e dançar o forró que tanto gosta, mas Marjorie tem receio pela quantidade de brigas que tem acontecido nas festas no bairro das Camélias e na aldeia do Céu. Perguntei-a, certa vez, desde quando não ia aos forrós: “desde essa doença que *tá rolando*, essa gripe. Depois disso nunca mais fui, *tá* perigoso também, num gosto”. Segundo ela, o perigo é referenciado por conta da “boca de fumo”, e muita gente estranha aparece por lá.

Marjorie, em um momento pré-pandêmico, saía para dançar forró em alguns bares e festas que eram realizadas no bairro das Camélias e no bairro das Flores, mas, segundo ela, depois que a pandemia fora decretada, parou de ir porque precisava ficar em casa. “Eu via o povo indo, ficavam doentes tudinho, já tenho uma doença pra me preocupar, queria outra não”, diz ela. Perguntei-lhe se mesmo depois de suas vacinações ela não retornou a “forrozar”, e me respondeu “que nada, o povo só quer brigar”.

Atualmente, Marjorie alerta que seu maior lazer é ficar sentada em seu sofá e assistir televisão. Mas, às vezes, depois do término de Gláucia e Afonso, quando Gláucia passou a morar com Marjorie, “ela leva os amigos dela lá [em sua casa] para beber e ouvir música”. Perguntei-lhe se ela bebe também, e diz “não, não muito, não gosto de quase nada. Só gosto de uma que chama ‘Ousadia<sup>24</sup>’. Aí Gláucia sempre leva pra mim”.

---

<sup>24</sup> Coquetel alcoólico à base de saquê, vodka e cachaça, com sabores variados, cujo teor alcoólico varia entre 5,5% a 13,5%.

Marjorie não possui religião, embora às vezes, por convite de Íris, vai até algumas atividades ou missas na igreja católica, mas sempre vai “só por ir”. Mencionou que antigamente costumava ir aos torés na aldeia do Céu, mas também, depois da pandemia, diminuiu suas idas por ver “coisas erradas”. Não quis aprofundar neste assunto, pois quando me disse, falou de modo lacônico.

No que tange seus usos dos serviços de saúde, Marjorie não é usuária da unidade Tulipa, mas sim da unidade do Sol, localizada na aldeia do Céu. Isso se dá porque Marjorie é indígena potiguara, e a unidade do Sol é um serviço direcionado exclusivamente para o uso das pessoas indígenas que residem tanto no bairro das Camélias quanto na aldeia do Céu. Íris já havia mencionado anteriormente que todos os indígenas podem ir até a unidade Tulipa caso queiram ser atendidos, mas é orientado que tenham preferência pela unidade do Sol em seus dias de funcionamento, tendo em vista que são os profissionais de saúde da unidade Tulipa que vão atender na unidade do Sol. “Dentista, consulta, exame, vacina é tudo na unidade no polo de saúde”, menciona Íris. Marjorie complementa que normalmente vai até a unidade do Sol apenas para tomar vacinas, porque todo o restante, como atendimento odontológico, consultas e exames, faz tudo no CF. Certa vez, em abril de 2023, durante um dia de observação na unidade do Sol, encontrei Marjorie à espera para ser atendida. Quando conversamos, mencionou que só estava lá pra tomar a vacina: “é só pra isso que eu venho, mesmo”, disse.

Desde o momento da descoberta do vírus até atualmente, Marjorie é acompanhada pela equipe do CF, em João Pessoa. Também continua com os mesmos dois antirretrovirais, e nunca precisou mudar, pois nunca sentiu nenhum efeito colateral. Em suas palavras, “tem hora que eu nem lembro, pra mim eu não tenho nada, só me lembro na hora que vou tomar o remédio... tem gente que me pergunta se eu sinto alguma coisa... eu não, não dói nada. Porque acho que o negócio é no sangue, né?”. E continua, quando perguntamos-lhe se as pessoas do bairro das Camélias sabem sobre sua sorologia, na qual diz “de ponta a ponta”. Íris complementa: “acho que desde o começo, né, dona Marjorie? Foi tipo uma polemicazinha, por causa da situação de como aconteceu”. Marjorie responde: “Mas eu também não ligo não”.

Marjorie relaciona seu entendimento sobre o vírus embasado em seus dezessete anos de experiência vivendo com o HIV. Com tantos anos indo e vindo aos serviços, de tratamento e cuidado, Marjorie discorre de modo atento sobre os exames que comumente é direcionada para fazer.

Em 2021, se direcionou poucas vezes aos serviços especializados, especialmente por dois motivos: o primeiro, porque os exames voltados às pessoas vivendo com HIV estiveram cancelados por conta das novas demandas hospitalares (o hospital também virou referência para o tratamento de Covid-19); e o segundo, porque sua médica “não estava indo” e, portanto, Marjorie não era atendida. No entanto, reforça que, de maneira alguma, suas medicações faltaram. Embora o transporte municipal, no ano de 2021, estivesse cancelado, Marjorie rememora que ia buscar suas medicações com a ajuda de sua nora, que sempre achava alguém para lhe dar carona.

Certa vez, fui junto com Íris até a casa de Marjorie, que havia acabado de chegar da Secretaria de Saúde de Rio Tinto para inserir seu nome na lista do transporte aos serviços de saúde em João Pessoa. Neste momento, solicitei a Marjorie para que eu a pudesse acompanhá-la no dia que iria ao CF, que gentilmente aceitou.

O processo de negociação foi sempre definido por uma morosidade, porque nosso intermédio se dava por Íris, e não era sempre que elas se encontravam. Não tínhamos a opção de conversarmos por telefone ou *whatsapp*, porque Marjorie não possui nenhum dos dois. Também não poderia ir até sua casa sozinho, porque para a comunidade que me via, eu era alguém que estava acompanhando e aprendendo o trabalho do agente comunitário. Era isso que falávamos para as pessoas que perguntavam de mim nas vezes que acompanhei Íris em seu trabalho. A minha ida até lá, poderia colocar um grau de suspeita da vida de Marjorie. Mesmo dizendo que “não esconde de ninguém [sua sorologia]”, não poderia arriscar. Depois da negociação e seu devido consentimento, em maio de 2023, fomos juntos ao CF, e pude visualizar como está configurada sua dinâmica de ir até os serviços especializados.

O dia em questão, teria como objetivo de Marjorie retirar suas medicações e realizar um exame de sangue requisitado por sua infectologista. Marjorie e eu fomos no ônibus ofertado pela prefeitura municipal, que inicia seu trajeto às 4h30 da manhã. No entanto, mencionou para mim que sempre quando vai ao CF, é necessário se locomover até a Secretaria de Saúde de Rio Tinto, localizada na região central do município, semanas antes do próprio dia de ida para colocar seu nome na lista do transporte, por ter risco de “não ter mais vaga”<sup>25</sup>. Em decorrência de seu exame, Marjorie esteve em jejum

---

<sup>25</sup> Interessante refletir sobre minha entrada no transporte. Entramos em contato com a atual coordenadora da Vigilância Sanitária de Rio Tinto para colocar meu nome na lista como “acompanhante” de Marjorie, e, a gestora, por já ter tido outras parcerias com o Projeto de Extensão “Falando Sobre Aids”, na qual Luziana e eu estamos vinculados, concordou e solicitou que fosse feito. No entanto, neste processo, mencionou que não encontrava o nome de Marjorie na listagem dos solicitantes, o que a fez solicitar não apenas a inclusão do meu nome, mas também o de Marjorie, para não correr o risco de nós não podermos pegar o ônibus. No entanto, no mesmo dia da negociação (uma semana antes) Marjorie mencionou que tinha ido até à secretaria para colocar seu nome na lista.

a partir das 19h do dia anterior, e, além disso, não dorme direito, porque “se eu durmo, fico acordando toda hora achando que já tá na hora, aí é melhor nem dormir”.

Pouco antes das 4h00, Marjorie já está pronta para sair de sua casa e ir até o ponto de encontro do ônibus, localizado há mais ou menos vinte minutos a pé. Organiza toda uma bolsa tiracolo, colocando apenas o necessário: os exames requisitados que agem como uma comprovação de sua viagem, tendo em vista que tais exames simulam uma “carteirinha” do transporte, uma sacola com coloração opaca, nada translúcida, algumas moedas soltas e seus documentos necessários para apresentar no saguão do CF. Vai ligeiramente para a parada, porque ainda está escuro e “pode ter gente pra fazer maldade no caminho”. Este trajeto é comumente referenciado pela periculosidade, tanto por ser cortado pela rodovia e haver automóveis passando em uma velocidade exagerada, quanto pelo próprio horário e a pouca iluminação que se tem.

O CF é o primeiro ponto de parada do transporte, e o desembarque ocorre relativamente distante do hospital. Chegamos às 6h35 na porta de entrada e sentamo-nos nas cadeiras do *hall* de entrada. Marjorie será a décima a ser atendida, que irá iniciar às 7h00. Neste momento de espera, me explicou quais os caminhos que normalmente faz. “Eu viro ali [na esquerda] e entro numa salinha, aí sento e o homem vem tirar meu sangue. Mas eu fecho os olhos e só espero acabar, tenho medo”, menciona. Perguntei-lhe se ela sente alguma coisa quando estão tirando: “às vezes, eu nem sinto nada, mas tem hora parece que ficam sugando, sugando e não acaba mais”.

Às 7h35, chamam o nome de Marjorie e, timidamente, caminha para a porta de madeira e vai à sua esquerda. Saiu da sala às 7h45, com um adesivo em seu braço e levemente pálida por seu medo de agulhas ter sido confrontado involuntariamente. Caminha até mim, me chama para nos retirarmos e vamos até a sala ao lado, um pouco mais na entrada do saguão, e solicita a dispensação dos seus medicamentos. O atendente na pequena sala é um homem de aproximadamente sessenta anos. Entrega-a um papel para assinar, coloca no balcão de mármore cinza sete frascos de medicação, e sai, entrando num pequeno corredor que liga a outra sala, sem falar absolutamente nada. Marjorie retira a sacola opaca de sua bolsa tiracolo, com um costume e manejo muito bem aplicado, coloca todos os frascos dentro, espera para ver se há algo mais a preencher, mas, como o homem saiu da sala, fomos embora. São 8h da manhã.

Caminhamos para a saída do hospital, e perguntei-lhe se iria comer algo ou tomar café da manhã, tendo em vista que estava em jejum desde às 19h00 do dia anterior. Marjorie assentiu, e me conduziu para irmos a um lugar que rotineiramente vai lanchar. Trata-se de um carrinho de vendas, situado em uma das ruas paralelas ao CF.

Há diversos deles, mas Marjorie caminha diretamente para uma barraquinha específica – a terceira de todas as que lá se situam – cumprimenta a comerciante e conversam intimamente pelo longo tempo que se conhecem. Pergunta-lhe se ela gostaria do “de sempre”, e Marjorie confirma com a cabeça. Perguntei qual era “o de sempre”, e me respondeu que seria apenas um café preto bem forte, do jeito que ela gosta. Assenti. Questionou-me se eu gostaria de um cafézinho também, mas neguei, lhe dizendo que não sou de tomar café pela manhã por me dar azia. Ela, rindo, me responde: “que menino estranho!”.

Marjorie mencionou que vai nesta barraquinha há muito tempo, e, em tom hesitante e quase envergonhado, diz que vai especialmente nessa porque a mulher faz fiado. Tanto que no momento de chegada, Marjorie pagou-a, com as moedas que outrora colocara em sua bolsa tiracolo, o “de sempre” da semana passada, junto com o mesmo “de sempre” do mês passado. “Não é sempre que temos dinheiro, né? Aí ela aceitando fiado dá um alívio, porque, como faz, né, sair tão cedo de lá [Rio Tinto], quando faço exames que preciso ficar sem comer...”, disse a mim.

Sentamos nos banquinhos de plástico ao lado da barraquinha, e neste momento, perguntei a Marjorie como foi seu exame. Perguntei-lhe se dessa vez tiraram bastante sangue: “Menino, às vezes sai muito, visse? Hoje colocou só em dois frasquinhos, mas às vezes, ele tira e tira, parece que perco logo meus quilinhos que ainda tenho”, diz ela ao rir discretamente. “Mas é uma coisa, né, eu sou *maguinha*, mas sai muito sangue de mim. Quando não tô bem, parece que o sangue sai até preto... já vi muito isso, sangue preto”. Questionei-a sobre esse tal sangue preto, que responde “é, menino, o sangue fica pretinho, pretinho. Eu não entendo, mas parece coisa ruim”.

Nossa conversa ficou concentrada bastante tempo no assunto sobre sangue. Depois de algum tempo reflexiva, Marjorie diz “mas é uma coisa, né, parece que nosso sangue é muito precioso pra eles, né?”. “Por que você pensa isso?” perguntei a ela. “Eles furam a gente, pega o sangue, compara com um monte de sangue, fala ‘óia, que sangue bonito!’ bota o sangue em uns negócio e fica escrevendo sabe lá o que... me sinto até importante!”, respondeu-me enquanto bebia seu café. Ficamos nos banquinhos até às 8h40 e Marjorie apontou para irmos até a praça do “pé-de-pau”, na qual mencionara em outras ocasiões.

O atrativo central da praça é a tal árvore pé-de-pau, cujo grandes galhos e densas camadas de folhas sombreiam quase a praça toda, muito apreciativa naquela manhã tão calorosa. Na praça, também há um restaurante com uma pequena churrasqueira na parte de fora assando carnes, frangos, linguiças e outros churrascos; um carro vendendo

meias, tecidos e cuecas; alguns carros estacionados; alguns banquinhos de plástico para as pessoas sentarem enquanto aguardam seus transportes.

Marjorie sentou-se em uma cadeira, e eu ao seu lado, no meio-fio da calçada, um pouco antes das 09h. Ficamos até às 10h30 em silêncio, apenas brigando com o sono que aquela manhã propiciava para nós dois. Ambos estávamos não apenas famintos, mas sem nenhum dinheiro para comprarmos qualquer coisa e saciar brevemente nossa fome. Ao som dos pássaros que repousavam no belo e caloroso pé-de-pau, os carros que passavam na rua, as conversas paralelas dos ambulantes e das outras pessoas à espera, tudo se condensava numa demorada, tediosa e quase cruel manhã. Mas o que queria nos matar, o que queria *mesmo* nos matar, era o cheiro de churrasco entrando de maneira atroz em nossas narinas. Falamos algumas vezes sobre isso, dávamos risadas por ambos estarem com fome e sem nenhum dinheiro possível de gastar naquele momento, e ansiávamos para o momento da chegada do ônibus.

Depois de um longo tempo de espera, às 12h40 o ônibus aparece na rua à nossa frente. Em um passo de agilidade, e, talvez, de ansiedade, Marjorie e eu entramos no ônibus para garantir um lugar longe do sol que iria reluzir pela janela. Esperamos outras pessoas entrarem, num total de catorze pessoas, algumas diferentes das que entraram mais cedo, e o ônibus seguiu seu percurso às 12h50.

O ônibus finaliza seu percurso às 14h00. Eu desci primeiro, e Marjorie, seguiu até seu bairro. Ao descer, ainda iria subir aquele percurso que há 8 horas atrás era perigoso, mas, o único perigo agora, neste momento, é encarar o forte sol sem ter se alimentado.

### 4.3 Aurora

Aurora é uma mulher cisgênera, heterossexual, de quarenta e oito anos. É indígena potiguara residente do bairro das Camélias, e mora na rua dos Figos há três anos. Desde muito tempo, Aurora está no bairro, no entanto, já morou em diversas ruas: na rua dos Laranjais (a mesma de Melissa e Marjorie), rua dos Jambos; também na aldeia do Céu e no bairro das Flores. Em sua casa residem apenas ela e Cláudio, seu marido, seus três gatos e dois cachorros. Trata-se de uma casa que construíram juntos, com o espaço central para cuidar das plantas que tanto gosta e com um roçado “que meu *vêio* [seu marido] sempre acha o que fazer e eu também”. Aurora e Cláudio estão casados há dez anos, e vivem em uma relação sorodiferente (ela HIV+ e ele HIV-). Quando se conheceram, há doze anos atrás, lembra que ambos eram estudantes do

testemunho, e só depois de algum tempo se converteram como testemunhas de Jeová. De modo muito afetuoso, ela relembra que ao se conhecerem, em suas palavras, “logo joguei meu problema pra ele” que recebeu como resposta “não tenho problema com isso, se isso for o caso, a gente se ajusta”. Aurora rememora que neste tempo, mesmo estando apaixonada por Cláudio, não queria saber sobre relações afetuosas porque acreditava que “não tinha jeito”, mas ele foi insistente e acabou a conquistando.

Ao discorrer sobre seus filhos, comenta que teve três: a primeira, não chegou a vir ao mundo, porque sofreu um aborto espontâneo; a segunda, chamada Valquíria, nasceu com microcefalia, falecendo aos treze anos de idade; e Humberto, de vinte e oito anos, atualmente mora com sua esposa em Recife (Pernambuco). Os três filhos de Aurora são frutos do seu primeiro casamento com Igor, o qual faleceu em decorrência da aids há mais ou menos vinte anos atrás.

Atualmente, Aurora recebe um salário mínimo proveniente da pensão de morte de seu falecido marido: “Até hoje eu recebo a pensão. Aí como no INSS ninguém quis dar meu direito, falavam ‘não é doença’, que eu podia trabalhar”. E complementa, que para conseguir a pensão: “Deus enviou um anjo na minha frente. Ele disse: ‘Me dê todos os documentos do seu filho, da sua filha que faleceu, do seu falecido marido. Me dê tudo! Enquanto você tiver vida, você recebe’”. Cláudio, seu atual cônjuge, trabalha em uma das usinas que estão ao redor de Rio Tinto.

Aurora relembra que com o falecimento de Valquíria, depois de dois meses, Igor, seu falecido marido, começou a passar mal e sentir diversos efeitos em seu corpo: diarreia, dor de cabeça e perdendo muito peso. À primeira vista, ambos assemelharam estes efeitos pela morte de sua filha, consagrando um luto persistente porque “a gente era muito apegado, muito apegado mesmo, tanto eu, como ele”. Então, com estes efeitos de adoecimento, Igor foi levado ao posto do bairro Jaguaribe. “Chega lá, faz todo tipo de exame. Deu gordura no fígado. Nada a ver! Aí fomos parar lá no Clementino e fizeram o teste rápido. Eu não tinha conhecimento desse problema”. Este foi o momento no qual Igor descobriu o diagnóstico: “Aí foi como foi: diagnosticado, né? HIV nele. Aí, imediatamente, ele se revoltou com a médica, disse que não tinha HIV. Aí foi aquela zoeira toda”. Aurora resume este episódio, dizendo “ele se internou. Aí melhorou, veio pra casa. Mas ele não queria saber de medicação, não queria saber de comida, entrou logo em depressão”.

Aurora relembra que desde o momento da descoberta da sorologia do marido, a preocupação central sempre foi por conta da família. “Então, essa situação pra família foi uma bomba, né. Aí foi aquela preocupação toda, foi aquele mistério que ninguém,

no começo, ninguém sabia como pegava, como não pegava”, menciona. Ao se recordar de seu relacionamento com Igor, Aurora diz: “ele morreu jurando que nunca me traiu. Pelo que eu entendia, assim, ele era uma pessoa muito amável, de casa. Não era pessoa de dormir fora, de ter amizade”. Aurora acredita que a infecção de Igor se deu por conta de suas idas à barbearia: “Agora eu só me queixo, porque naquela época, não sei se Íris se lembra, era uma gilete para a mesma pessoa em barbearia. Eu acredito que ele foi transmitido por conta desse negócio. Ele cortava o cabelo em todo canto!”. Íris complementa e elogia a condução de Aurora perante sua infecção, dizendo-nos que “ela nunca blasfemou contra ele. Nunca vi ela reclamar de nada”.

Assim, Aurora menciona que ignorou os processos de adoecimento até o momento do falecimento de Igor. No leito de morte, na internação de Igor, diz que ele lhe falava “você pode ir embora, me deixar, procurar outra pessoa pra viver” e ela, respondendo-o, dizia “eu não vou deixar você não, só me separo de você por morte!”.

Depois de algum tempo, por conta de uma leishmaniose visceral (referenciada por ela como calazar de cachorro), Aurora procurou diretamente os serviços do CF por ser o serviço de doenças infectocontagiosas. Neste momento, retoma que sua principal preocupação era a “barriga d’água que eu tava... parecia que eu tava com dez meninos dentro da barriga”. Mas relembra que também teve perda de cabelo e uma debilitação que a impedia de realizar qualquer atividade. Ficou alguns dias internada até o hospital chamar sua irmã mais velha e o restante de seus familiares: “Me falaram que eu podia ir pra casa, mas a qualquer momento poderia chegar uma má notícia pra minha família, porque eu não ia escapar”. Neste momento, realizou o teste para HIV, e relembra: “O primeiro deu indeciso, lembro como fosse hoje. Aí quando foi no segundo, deu positivo. Porém o infectologista disse ‘olha, não desenvolveu a aids. Ela está só com o vírus’”. O médico completou ao dizê-la que iria precisar saber o motivo da calazar, e diz “Aí pronto. Passei um mês e quinze dias internada lá”.

Perguntamos-lhe como foi para ela este momento da descoberta. “Se eu disser que fiquei desesperada, eu tô mentindo. Perante a Cristo Céu. Porque eu já tinha sofrido tanto com a minha filha. Desde um ano que eu salto do hospital com ela”, disse ela. E complementa: “Aí lutei com o pai do meu menino até o final da vida”. Sua única preocupação, neste momento, era que seu filho, Humberto, tivesse se infectado em algum momento pelo HIV. “Aí eu me desesperei. Me desesperei e chorei muito, muito. Me aperriei, me agoniei muito mesmo”. Quando Humberto foi chamado para realizar o teste, Aurora diz que nunca rezou tanto a Deus quanto naquele momento. Dedicou toda sua fé para que Deus desse o teste negativo. Fez uma promessa: se Ele livrasse seu filho

dessa “infernidade” (*sic*), essa seria sua cura, porque, então, apenas ela levaria este problema consigo.

Eu agradeço muito, muito, muito a Jeová mesmo. O meu filho tá livre dessa infernidade. Casou, antes de casar fez todo o teste apesar que ele nunca tinha saído, não tinha a vida sexual dele ativa ainda. Antes de casar, fez todo o tipo de exame. E graças a Deus, graças ao meu bom Deus, agradeço muito. Ele não teve. É a minha cura. Por isso que eu luto até hoje. Luto, luto e luto até hoje. Com toda a garra, luto. (Aurora, entrevista concedida no dia 05 de julho de 2022).

Aurora rememora que iniciou o tratamento (em meados de 2005) tomando doze comprimidos e nunca sentiu nenhum tipo de efeito colateral. Neste primeiro momento, a infectologista que a acompanhava descobriu o vírus do HPV (Papilomavírus Humano) a partir de alguns efeitos em seu colo do útero, o que a fez se locomover mensalmente ao CF pelo transporte da prefeitura para cuidar de três efeitos: a leishmaniose, o HPV e o HIV. Depois de se curar das duas primeiras, Aurora passou a ir ao CF anualmente para consultas e a cada dois meses para a retirada de suas medicações:

Eu fui sendo avaliada. O povo lá [outros usuários do hospital] falando que é cabaia, com medo, sei lá. Teste com medicação. Aí foi cada vez mais fraco. Fraco e eu só passando. E agora graças a Deus tô num aí [medicação] que é bem fraco mesmo. hoje eu só tomo três qualidades de medicação e nunca me deu nada. (Aurora, entrevista concedida no dia 05 de julho de 2022).

Aurora assemelha sua experiência entre perder seu companheiro e sua filha e seus (aproximadamente) quinze anos de cuidado, como responsáveis pelo conhecimento que hoje tem sobre o HIV. “Depois do falecimento dos dois, eu vi que é importante perguntar tudo sobre tudo, o que é isso, o que é aquilo. Aí perguntava: indetectável? que isso? CD4? que é isso? eu pergunto tudinho, tudinho”, disse. Assim, Aurora reconhece termos mais técnicos em relação ao HIV e os exames que são realizados em seu corpo. Discorre, além disso, que conversa com diversas pessoas nos serviços especializados quando vê que estão aflitas por ser a primeira vez: “eu tento conversar, falo que tá tudo bem, mas é aquela coisa... tem gente que não quer nem saber, não se cuida... Aí não tem o que fazer”. Também menciona que já conversou com diversos “estudantes” realizando pesquisas no CF, e reforça que seu interesse em participar das pesquisas, diz respeito à importância de falar com pessoas “especialistas”.

Define-se, desta forma, que seu vínculo aos serviços especializados está estritamente ligado apenas às consultas solicitadas por sua infectologista, que ocorre, normalmente, uma vez ao ano e seu exame citológico realizado duas vezes por ano. Fora isso, só se direciona aos serviços para consultas rotineiras e a busca de seus antirretrovirais. Em um dia de ida até os serviços especializados, acorda às 03h30 da manhã para ir até o ponto de encontro (em frente à unidade Tulipa) para pegar o ônibus

disponibilizado pela prefeitura municipal. É acompanhada por Cláudio até a parada, que só retorna para casa quando ela embarca no transporte. Em dias de consultas marcadas no período da tarde, Aurora se locomove até o CF com o carro disponibilizado pela SESAI. “Quando acontece isso, eu vou lá no Polo no bairro das Flores e dou meu nome, aí eles vem, me buscam aqui na porta de casa e me deixam lá”. Nunca me recusaram nenhuma vez”.

Reforça, que seu último exame realizado ocorreu uma semana antes da entrevista realizada, um exame ginecológico para confirmar se estava tudo certo. Neste momento, relembra o impasse que sentiu ao realizar o exame, que para sua surpresa, não iria ocorrer com sua médica ginecologista, mas com um outro profissional. “Aí eu fiquei nervosa. Porque do nada chega esse galegão, e eu nervosa expliquei pra ele que achei que seria com uma mulher, aí ele disse assim ‘mulher, se preocupe não, não vou ver nada’, pelo amor de Deus”. E complementa: “Mas pela graça de Deus, do meu bom Deus, foi tranquilo, graças a Deus, e para minha surpresa, não deu em nada, graças a Deus. Ai meu Pai! Fiquei nervosa por ser um homem”.

Aurora discorre que o ônibus, sob nenhuma circunstância, espera as pessoas atrasadas. Ao rememorar suas idas aos serviços especializados, houve uma única vez cujo seu retorno fora confrontado. “Teve uma vez que fui fazer o exame e tinha muita, muita gente na minha frente. Aí eu tentei negociar, né [...], mas ninguém quis. Aí dessa vez teve uma mulher que falou ‘pode ir na minha frente’, mas eu chorei, como chorei”. Segundo Aurora, a mesma mulher lhe disse que caso perdesse o ônibus, poderia, inclusive, ir até a casa dela porque “sabia que eu sou de Deus”.

Aurora comovidamente mencionou este episódio, não exatamente para ilustrar a bondade da mulher, mas por compreender que esta situação foi “obra de Deus”. Alguns meses depois, – diz ela: “e eu num encontro essa mulher na mesma assembleia que eu tava? a gente se olhou, e nós duas choramos. A gente percebeu que não foi acaso”.

Nas vezes em que há algum imprevisto nas suas idas ao serviço, principalmente para a retirada da medicação, Aurora solicita ao município para retirar no CF, e alguém da secretaria solicita a dispensação, que vai diretamente à unidade Tulipa e Íris a entrega. “O motorista mesmo pega para mim e outras pessoas, mas em dias de consulta, eu mesma vou, não quero ocupar ninguém, né?”. Desta forma, pode-se dizer que esta é a única relação de Aurora com a unidade básica Tulipa. Um pouco mais acentuada está sua relação com a unidade do Sol, na qual se direciona para tomar as vacinas, e às vezes, aferir sua pressão, mas apenas isso. Menciona que a última vez em que se direcionou à unidade do Sol, foi para “mapear” sua pressão e levar para sua médica no

CF, porque lá, sem sombra de dúvidas, iria lhe encaminhar para o cardiologista caso seja necessário. “É porque tudo meu é lá [no CF] aí não tem porquê eu ficar indo aqui. Ginecologista, tudo, tudo é lá. E tudo é muito tranquilo”. Lembra das vezes em que sua médica a direcionou para outras especialidades, como o nutrólogo do CF: ““Ah, Aurora tá acima do peso”. Manda pra nutricionista. Ai meu pai. Ah, Aurora tá com isso, aquilo, manda pra não sei quem. Sempre foi assim”.

Durante a situação crítica da Covid-19, entre março de 2020 a janeiro de 2022, Aurora esteve sem nenhum acompanhamento e nenhuma consulta, porque tudo no CF parou: “fechou lá! ficou só Covid”. No entanto, retirava sua medicação para quatro meses, porque “ela [a medicação] nunca faltou, nunca deixou faltar”. De certo modo, este efeito para Aurora, isto é, retirar a medicação suficiente para quatro meses, era positivo em sua vida, porque não precisava ficar se locomovendo até ao CF para retirar unicamente seus antirretrovirais. Como há uma confiança de sua médica infectologista e também por sua parte, Aurora não temia a ausência dos seus exames, muito pelo contrário, passou a entendê-los como um complemento de seu cuidado. No entanto, nos diz que tinha muito medo: “já tem uma doença, imagina duas? Não. Deus sabe o quanto eu me cuidei nesse tempo”.

Ao pensar na responsabilidade de Aurora em relação à sua saúde, Íris, durante a entrevista, menciona que ela é um “exemplo a ser seguido”, porque nunca perdeu nenhum dia de ida ao serviço especializado, nunca adoeceu por falta de cuidado, e sempre foi muito responsável em relação ao HIV. Neste momento, Aurora reforça sobre o manejo das relações que envolvem seu marido, Cláudio.

A gente se previne direitinho. E assim, eu tenho um maior, como é que se diz... Higiene. O que é meu, é meu, coisas assim. Barbeador, essas coisas, é tudo separado. Ele tem consciência disso. Por fazer, porque tinha muita gente que disse que ele estava com HIV. Mas que HIV esse que nunca apareceu? Ele está com três testes aí. Pelo amor de Deus, nunca acusou nada. Ele fazia tudo lá no Clementino, ele tem prontuário e tudo! Aqui não falta preservativo também. (Aurora, entrevista concedida no dia 05 de julho de 2022).

Cláudio já realizou diversas vezes as testagens no CF, e Aurora é segura quando diz que nunca acusou positivo em nenhum teste. Embora seja convicta de sua indetectabilidade e intransmissibilidade, no entanto, demonstra um certo receio permeado em seu cuidado, especialmente em suas relações sexuais por manejá-las estritamente no controle do uso dos preservativos externos com Cláudio. “Eu mesma prefiro colocar [o preservativo], porque aí não corre o risco dele colocar errado nem nada”, e complementa, “mas eu tenho medo, às vezes, de dar aquelas... como fala... bolhas de ar e a camisinha estourar. Eu sou muito medrosa!”. Para Cláudio, o uso do

preservativo foi a única adaptação descontente em suas relações, porque “ele não gostava não, mas teve que aprender, porque senão não tinha [relações sexuais]”. Complementa dizendo uma conversa que tivera com seu marido: “Porque ele disse assim: ‘a gente não tá casado, e o que é que tem? Fica só entre nós dois’. Não quero. Se eu morrer hoje, não vou levar esse pecado comigo”.

Neste sentido, perguntamos se Aurora já havia se informado, em algum momento no CF, sobre novas biotecnologias, como a PrEP, ou outras estratégias para uma conjugalidade sorodiferente, na qual mencionou desconhecer e nunca ter visto nenhuma informação. Quando explicamos-lhe quais os objetivos da PrEP, Marjorie disse “Deus me livre!!! É como uma pessoa estar correndo de mim mesmo. Ele está correndo do meu problema!”

Neste momento, Aurora discorre que o uso do preservativo denota uma própria atribuição de sua identidade enquanto mulher vivendo com HIV, pois “seu jogo é aberto, e se ele quiser, é assim que tem que ser! Não foi assim desde o começo? Por que mudar agora?”.

Neste momento, Aurora discorreu laconicamente sobre esse assunto e começou a rememorar suas experiências enquanto mulher vivendo com HIV. “Não posso dizer que nunca sofri preconceito. Já sofri, e muito”. Perguntamos-lhe se ela se sentiria à vontade para falar sobre isso. “É porque assim, como aqui em Rio Tinto é pequeno, e o pai do meu menino era muito conhecido, isso aí não tem nem como a pessoa esconder”, diz ela sobre todos conhecerem sua sorologia. “E sabe de uma coisa, às vezes a minha irmã mais velha me puxava até a orelha. ‘Mulher, por que você fica contando?’ Porque o povo fica perguntando, eu digo que tem, não tem pra onde mentir. E daí?”, complementa Marjorie. “Agora acontece que hoje em dia, muitos que *teve* preconceito comigo, se enojou, infelizmente não está junto com a gente mais... Quando a gente passa por algum processo assim, de saúde, a gente tem que ter uma saída, né?”.

Aurora não se importa com os comentários que fizeram ou fazem para ela, mas reforça que só gostaria de viver sua vida em paz. “Eu quero tá com saúde, fazer minhas coisinhas, tô nem aí se vão ter nojo de mim. Ajudar quem precisa de mim, é assim”. No entanto, o fato dela ser testemunha de Jeová, a coloca em uma posição na qual se sente necessária em “dar o exemplo” aos seus irmãos de fé. E isso não se aplica apenas ao HIV, mas em seu próprio dia-a-dia e o manejo de sua conjugalidade com Cláudio.

Em uma dos dias que acompanhei Íris em seu trabalho na unidade do Sol, fora me passado o contato *whatsapp* de Aurora (com seu devido consentimento) para negociarmos um possível acompanhamento até os serviços especializados em João

Pessoa<sup>26</sup>. Quando conversamos, Aurora me disse para eu ir até sua casa posteriormente e dialogarmos melhor. No mesmo dia em que fui até Marjorie para negociar meu acompanhamento em um dia de ida até os serviços especializados, me desloquei até à rua dos Figos, junto à Íris, para encontrar com Aurora e dar continuidade da pesquisa.

Aurora estava cautelosa, expressando uma barreira emocional que não esteve em nossos diálogos anteriores. Nossa conversa se iniciou em sua varanda, ao som dos latidos de sua cachorra – amarrada em uma coleira –, que por sinal, não gostou de mim, efeito na qual fez Aurora dizer, desconfiadamente, “que estranho, ela gosta de todo mundo”. Mas isso não impediu de convidar-nos para entrar em sua casa e dialogarmos em sua sala de estar.

Expliquei todas minhas intenções em dar continuidade na pesquisa, e mencionei, com todo cuidado, que se caso não fosse possível acompanhá-la até João Pessoa, não seria problema algum porque ela poderia apenas me descrever suas atividades, caso aceitasse. Neste momento, Aurora me interrompeu, e disse que não seria muito legal eu acompanhá-la, porque talvez eu não consiga pegar o ônibus, mas, para além disso, mencionou que seria algo de cunho falatório para as bocas de fora: eu (um homem desconhecido no bairro, embora alguns me assimilem como “sobrinho de Íris”) poderia levantar casos de suspeita como possíveis traições ao seu marido. Ela continuou dizendo que quando conversamos por mensagem, Cláudio, seu companheiro, ficou um pouco enciumado, embora ela tenha dito que eu era um estudante e só queria conversar com ela. Ora, nem mesmo ele a acompanha assiduamente aos serviços, por que eu iria acompanhá-la? Ao perceber a fragilização instaurada na relação, sugeri que, caso fosse possível, poderíamos marcar uma nova conversa igual da última vez (entrevista realizada por Luziana, Íris e eu, ou seja, duas mulheres e um homem), na qual respondeu discretamente que “poderíamos ver”.

Quando estávamos saindo de sua casa, Aurora reforçou insistentemente o fato de achar estranho sua cachorra não ter gostado de mim, porque ela, novamente disse: “ela gosta de todo mundo”. Incomodei-me, de certo modo, com tal indagação, mas dei de ombros e lhe disse, insistentemente, que caso ainda queira participar na pesquisa, podemos organizar uma nova conversa para não causar-lhe nenhum desconforto. Aurora respondeu, direcionando à Íris: “Sim, aí você vem também, né, Íris?”. Foi o momento em que percebi, de fato, meu local ali. Ao distanciarmos de sua casa, Íris diz: “você vê né, como funcionam as coisas aqui? Ela fica com medo porque é crente, e o povo vai

---

<sup>26</sup> A negociação via *whatsapp* só era possível com Aurora porque, entre as três mulheres, ela é a única na qual possui um aparelho celular.

falar dela se você ficar indo lá sozinho. Ela já fica meio assim por conta do vírus, né, aí mais isso é complicado. As coisas aqui funcionam assim”.

#### **4.4 Analisando as tessituras: o que as narrativas de Melissa, Marjorie e Aurora podem nos falar?**

As três histórias descritas nos tópicos anteriores possuem elementos que são dignos de nota para pensarmos não apenas a forma que se configura a própria dinâmica do que diz respeito a um “cuidado” em viver com HIV, mas permitem compreendermos que para além de uma sintética definição de “procurar o cuidado”, há estratégias adotadas que só são permitidas serem visualizadas quando é levado em consideração as experiências e suas complexas implicações no decorrer da vida.

Octávio Bonet (2018) vai nos lembrar que etnografar serviços de saúde, permite-nos compreender experiências de seus usuários e o que transborda em suas vidas: os afetos, a gestão familiar, a gestão conjugal, a relação individual e coletiva com o território e seus residentes; mas, também, seus efeitos de adoecimento e suas relações com os serviços. Em suas palavras, esses transbordamentos são o resto.

Ao pensarmos nesta ótica metodológica-analítica proposta por Bonet, parece contundente aproximar-se às narrativas de Melissa, Marjorie e Aurora e como estas estão repletas de elementos significativos para compreendermos o resto. Para além de uma relação entre agenciamentos e usuários, suas falas descritas nos tópicos anteriores nos faz refletir e ponderar não apenas o “antes” – o que passou; mas, também, o “agora” – o que passa – como uma fonte latente de visualização das configurações de suas vidas: o amor, o afeto, o cuidado e a saúde.

Em pontos de aproximações, podemos perceber que no complexo manejo da vida diante uma sorologia positiva, novas formas de experienciá-la estão incutidas a partir de um quase-evento (Das, 2019). Lucas Freire (2023), em sua resenha de “Aflição: saúde, doença e pobreza”, de Veena Das, discorre:

Das a define como situações que, embora não acarretem imediatas suspensões e/ou transformações na vida cotidiana, produzem um ambiente de suspeitas e apreensões quanto ao que pode acontecer. Logo, ao tratar de diferentes formas e episódios de padecimento, ela discute como adoecer implica um sofrimento que tanto pode ser normalizado e absorvido pela vida ordinária (Freire, 2023, p. 4)

Aproximar a teoria de Das (2019) para compreender as remodelações da vida pós-HIV não descaracteriza, de maneira alguma, o antes. No entanto, como o interesse desta análise está concentrado para aproximar suas experiências enquanto mulheres

vivendo com HIV, torna-se necessário nos debruçar ao momento que o evento (Das, 2019) tomou forma em suas vidas.

Podemos considerar, desta forma, que a procura do cuidado não está diretamente ligada com as manifestações somáticas dos processos de adoecimento. Embora Marjorie e Aurora tenham definido seus direcionamentos a partir de seus efeitos somáticos, Melissa só quis se atentar sobre sua sorologia quando colocava em risco seu filho. Ao ponderar este caráter subjetivo das escolhas, podemos medular a estrutura das definições de suas estratégias de cuidado. Quando Melissa nos conta, por exemplo, que “não ligava” para sua sorologia e seu respectivo cuidado, há uma resposta postulada pelos profissionais de saúde em assemelhá-la como irresponsável. Ao direcionarem o olhar à ela, Íris e a comunidade a colocam em uma chave assemelhada à promiscuidade, pelas fofocas que dizem a multiplicidade de seus parceiros sexuais e a noção de “risco” empregada pelos serviços de saúde. Silva, Moraes e Oliveira Neto (2022, p. 11), destarte, afirmam: “Esse problema pode ainda estar relacionado a uma lacuna no processo formativo de profissionais e gestores em saúde para lidarem com as demandas em HIV/Aids”.

Diante da responsabilidade para seu cuidado e evitar a transmissão vertical à Josué, Melissa, então, foi direcionada aos serviços de saúde e iniciou a TARV. Considerando que este período descrito esteve demarcado pelo decreto da pandemia de Covid-19, e a respectiva paralisação do transporte oferecido pelo município, Melissa interrompeu, durante a gravidez de Josué, o uso da medicação antirretroviral e todas suas consultas que realizava no HU. Em um momento antecedente, Íris, durante sua entrevista, já tinha discorrido previamente sobre Melissa:

Essa menina [Melissa], ela não sabe direito responder as coisas para vocês. Ela não tem essa inteligência e nem tem noção do que é. Ela tem o parceiro, mas ela não tá nem aí. Ela nem percebe... Melissa, ela nem sabe o que é HIV... os exames, dizem [os profissionais de saúde] as coisas para ela e ela só aceita. (Íris, Agente Comunitária em Saúde da unidade Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022).

Este ponto coloca em xeque não apenas que a ausência da alfabetização de Melissa é um fator expressivo aos profissionais, mas como se ela fosse incapaz de possuir um “letramento em saúde” (Silva *et al.*, 2023) e a tornar, especialmente, uma pessoa na qual Íris menciona necessário “ter mais atenção”. No entanto, mesmo com tal persistência de Íris em mantê-la sob uma espécie de tutela, Melissa compreende que sua condição sorológica é motivo de veiculações do preconceito e estigma. Durante outras conversas com Íris, já fora enfatizado que as relações no território estão embasadas sob o signo da promiscuidade. Quando falamos sobre Melissa em um dos dias em que a

acompanhei em seu trabalho, Íris já mencionara que ela possuía múltiplos parceiros sexuais: “Ela tem um monte de parceiro sexual. Mas é uma coisa, ninguém tá nem aí com nada, ninguém se cuida”. Ao encerrarmos a entrevista com Melissa, por exemplo, um homem estava à sua espera do outro lado da calçada, sentado no meio-fio da rua, e ao sairmos de sua casa, Íris nos indica que aquele homem é, inclusive, um de seus parceiros sexuais que “dá coisas para ela”.

De modo semelhante, pode-se pensar na não adesão de Leandro à TARV. Na primeira vez que o vi durante um dia em que acompanhei Íris em seu trabalho, dias antes da entrevista de Melissa, Íris sugeriu para Leandro cuidar de seus problemas, não indicando explicitamente sobre o HIV. Leandro disse que precisava marcar um neurologista, porque estava com “problema na cabeça”. Melissa complementou dizendo que ele estava muito esquecido e tendo outras manifestações em seu corpo, como a perda de peso e do paladar. Íris sinalizou novamente para ele se cuidar, mas ele, relutantemente, disse: “sou *cabra* macho, resistente”.

Diferentemente dos estudos de Guerriero, Ayres e Hearst (2002) em que puderam visualizar uma espécie de masculinidade atrelada às relações sexuais e métodos preventivos adotados ou não em uma relação conjugal ou extraconjugal, a fala emblemática de Leandro, pode dizer respeito a sua resistência de poder suportar qualquer tipo de efeito somático em seu corpo. No entanto, Melissa menciona que sua não adesão ao tratamento está relacionada ao medo do que irão pensar dele.

O segredo esteve, a todo momento, presente para contornar possíveis indicativos sobre sua sorologia, tornando uma relação direta entre Melissa (e sua família) com os profissionais de saúde. Nos estudos de Monteiro *et al.* (2016), ao tratar a gestão do estigma para mulheres gestantes de baixa renda no Rio de Janeiro, perceberam em suas análises que parte das estratégias esteve consistida no segredo da sorologia pelo medo ao estigma. Pode-se pensar, neste sentido, que o segredo, nas lentes de George Simmel (1999), caracteriza um aspecto relacional entre um grupo específico, ou entre indivíduos que estão em um mesmo contexto social, na qual pondera-se elementos que são vistos – pelos outros – algo disruptivo, imoral e promíscuo. Simmel (1999, p. 222) diz: “apesar do segredo não estar ligado com o mal, este tem uma conexão imediata com o segredo: aquilo que é imoral se esconde por razões óbvias [...]”.

Vê-se, desta forma, que o segredo da sorologia de Melissa está incutido não apenas na sua relação com a comunidade, mas consistido, além disso, em sua relação com os serviços de saúde, na qual a operacionalização age unicamente entre ela, Íris (como a representante dos serviços) e Leandro, quando Íris o orienta. No diálogo entre

Íris e Leandro, – na qual mencionei anteriormente – a palavra “HIV” ou “aids” não fora mencionada, deixando o assunto sobre saúde subentendido entre a relação de ambos. Zambenedetti e Both (2013) já haviam destacado este efeito na relação entre agente comunitário com as pessoas vivendo com HIV cuja sorologia seja sabida pelo profissional. Entende-se, desta forma, que esta estratégia parece agir em prol do segredo estabelecido, a partir da confiança entre ambos, constituída de modo para não serem atravessados pela fofoca da vizinhança.

Para além de Melissa, pode-se pensar no processo de descoberta de Marjorie e Aurora, que ambas descobriram em datas relativamente próximas (no início dos anos 2000). Compreende-se que a procura de seus cuidados, só foi instituída através dos efeitos de adoecimento em seus corpos. Para Marjorie, cuja adesão tenha se operado de modo autônomo, o que “diziam” de Teodoro, engendrou suas próprias desconfianças, o que a fez procurar diretamente o CF para ser diagnosticada. De modo semelhante, Aurora também configurou sua procura a partir de outros efeitos de adoecimento, mas, em primeiro plano, assumiu uma posição de cuidadora (por conta do adoecimento de seu primeiro marido) e somente depois da morte de Igor, com efeitos de adoecimento em seu próprio corpo, passou a ser cuidada.

Para Marjorie, a confirmação de sua sorologia foi, além de tudo, a confirmação de uma incerteza na qual relutantemente não queria acreditar. Se pensarmos em suas narrativas, em nenhum momento Marjorie considerou a sorologia de Teodoro por suas próprias desconfianças, mas sim pelas vozes da vizinhança e como a sua sorologia veio à público. Íris menciona, que quando isso ocorreu, “foi um *bafafá* tão grande”, e logo, todos já estavam sabendo, inclusive da própria sorologia de Marjorie antes dela mesma descobrir. Nas narrativas de Marjorie, em nenhum momento perpassa uma ideia de “raiva” perante a infecção de Teodoro à ela, mas há uma certa angústia, uma mágoa, antes de ser diagnosticada, por ele não comunicá-la do motivo de sua internação, ou seja, por quebrar o acordo conjugal. No contexto da relação de Marjorie com Teodoro, aparece um elemento interessante, que diz respeito às formas da “pureza” e “impureza”, sinonimizadas a partir de um padrão estético de “limpeza” e “sujeira” (Douglas, 1966). Se na ausência das manifestações somáticas-visíveis ao corpo de Teodoro o “perigo” parece ser inexistente, Marjorie assemelha que seu corpo era algo como um corpo “limpo”<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> O comentário de Marjorie pode dizer respeito à forte circulação que era realizada em torno do HIV e da aids assemelhando especialmente com o “Sarcoma de Kaposi” e a “lipodistrofia facial”, dois efeitos de adoecimento que são “visíveis” e “estéticos”.

Quando o relacionamento de ambos acabou, Marjorie nunca escondeu para seus namorados sua sorologia, justamente por assemelhar ao processo de violência que Teodoro sofreu quando a comunidade descobriu. Por isso ela diz “melhor falar logo do que descobrirem depois”. No entanto, vê-se que, atualmente, o amor é desclassificado para Marjorie como possibilidade. Suas experiências fizeram-na adequar uma posição cujo desamor se instituiu de modo que parece ser sua única realidade possível.

Não podemos dizer que Marjorie está ancorada àquilo que Paquiela *et al.* (2022) chamam de “desamparo afetivo”, porque, se há um afeto cujo seja transformador em sua vida, é sua relação com Gláucia e a permanência do cuidado interdependente (Bonet, 2018). No entanto, parece que sua afetividade com Gláucia está internalizada através de um vínculo está concentrado pela amizade-familiar, e ao se tratar de um afeto externo, ou àquilo que Giddens (1993) chama de amor romântico, Marjorie enfatiza que todos seus ex-companheiros “foram viver com outra” e a deixaram só. Parece que suas experiências a lançaram a se acostumar com um amor esculpido pelo abandono, e teme não ser amada.

Para Aurora, pode-se compreender alguns pontos de aproximações, no entanto, gostaria de destacar alguns outros para dar continuidade à discussão. Vemos, em sua narrativa, que a relação entre saúde e sujeito, está intensamente demarcada por experiências de adoecimento e falecimentos. Diante da microcefalia de Valquíria, Aurora já esteve em uma posição de cuidadora definida pela relação entre idas e vindas à serviços de saúde. O falecimento de Valquíria desencadeou em uma ruptura na relação familiar, na qual os próprios efeitos somáticos de Igor pareciam estar manifestados por conta do luto que permanecia persistente em suas vidas. A sorologia de Igor foi um choque, não pelo momento em que se encontravam, mas por não condizer com o que acreditava sobre sua conjugalidade. Embora não pude me aprofundar nas circunstâncias de seu primeiro relacionamento, o que pode-se destacar, é que em nenhum momento Aurora desacreditou quando Igor lhe disse “eu nunca te trai”. Quando tal diagnóstico veio à tona, este efeito somou-se com outros processos que estavam pendurados na vida de Igor e Aurora, como o falecimento de Valquíria, e desencadeou, tal qual diz Aurora, em depressão, o que o fez não aderir ao tratamento da época (no início dos anos 2000).

Aurora esteve, a todo momento, na posição de cuidadora de Igor até seu falecimento. Algum tempo depois, foi ela quem passou a ter efeitos de adoecimento por conta do calazar, e foi então que descobriu sua sorologia, mas, de modo algum, culpou Igor. Mesmo com seus efeitos somáticos evidentes e uma fragilização que poderia ceifar sua vida, Aurora atribuiu, naquele momento, sua cura: a libertação de um medo

ancorado na impossibilidade de seu filho, Humberto, não ter se infectado pelo HIV pela via familiar.

Na literatura que compõe as discussões envolta do cuidado, especialmente como função atribuída à mulher-mãe-esposa (Zagabria, 2001; Guedes; Daros, 2009; Montenegro, 2018), podemos identificar que no complexo manejo de cuidar, Aurora configurou sua vida para cuidar de Valquíria, e depois do seu falecimento, cuidar de Igor, e, do mesmo modo, depois de seu falecimento, cuidar de si. Para Guedes e Daros (2009) o cuidado na vida das mulheres está incorporado na vida cotidiana como forma de cuidar de outros seres humanos, a partir da adesão de valores morais que estão instituídos em seus corpos. Caso tal valor não seja aderido, isto é, o cuidado não seja realizado, a atribuição do signo da “irresponsabilidade” – como fora feito com Melissa no momento que interrompeu sua terapia antirretroviral – será instituído. Vemos que seu próprio cuidado, até certo momento, esteve secundarizado por estar na posição de cuidadora, e naquele momento, após o falecimento de Igor, Aurora retornou ao foco de seu cuidado quando os efeitos somáticos apareceram em seu corpo.

Com a estruturalização de seu cuidado instaurado, e conseqüentemente a cronicidade de viver com HIV, um novo receio aparece na vida de Aurora: uma possível transmissão ao seu filho. De certo modo, quando descobriu que não havia tal possibilidade, Aurora alcançou sua cura. Ancorada em uma fé inabalável e indelével, Aurora considera que está curada do HIV justamente por sua súplica ter sido acolhida por Jeová, e a remissão do vírus, o cuidado instaurado em seu corpo e em sua vida, passou a ser responsabilidade unicamente dela, quase lida como “faz parte da vida”. Foi nesta cura que Aurora encontrou sua eficácia: se seu filho está livre disso, a terapia antirretroviral é apenas a manutenção dela.

Tal eficácia, parafraseando Lévi-Strauss (1975), levou a considerar sua cura como elemento catártico no momento em que a responsabilidade de carregar o HIV se pairou apenas sobre ela. Não é considerado que tal agente patológico seja inexistente, muito pelo contrário, ele é manejado e, em certa medida, simbolicamente curado. Para Tavares e Bassi (2013, p. 17): “A solução do estado patológico seguiria, assim, um caminho que iria do mito coletivo ao mental e ao fisiológico”. Retomando a eficácia de Lévi-Strauss (1975), Bonet complementa: “Uma cura que não é outra coisa que a restauração da ordem” (Bonet, 2013, p. 102). Não sei se podemos dizer que a cura simbólica de Aurora restaurou uma ordem, mas, sem dúvidas, retificou uma instabilidade. Bonet (2013) é atento ao “como se”: Para Aurora, a não transmissão para seu filho é sinônimo de *como se* estivesse curada.

Destaco estes momentos iniciais da descoberta de suas sorologias porque com eles podemos compreender tudo o que transbordou em seus processos modeladores de suas vidas. Não digo tudo em seu caráter totalizante, mas o que fora permitido compreender. Desde o momento inicial, percebemos que o cuidado em torno do HIV está pré-definido a partir de uma lógica cujos complexos manejos dos serviços de saúde estão intimamente ligados nas definições dos cuidados. Mas eles não são definidores das experiências.

Nessa direção [...] encontram-se os pacientes que se recusam a serem passivos e usam ativamente as biociências para maximizar a sua própria vitalidade [...] O que não nos permite tomar de forma mecânica a ideia da otimização somática e molecular defendida pelos expertos. Aceitar isso é achar que os indivíduos somáticos acataram os argumentos dos expertos sem questionamentos. É negar a agência dos primeiros. [...] (Bonet, 2018, p. 30).

A lógica na qual Bonet aponta, pode ser transcrita para uma lógica na qual perpassa diretamente nas narrativas e experiências de Melissa, Marjorie e Aurora: o território. Desde o momento da descoberta por cada uma dessas mulheres, o território esteve presente. Melissa parece relutar para não ser alvo de cunho falatório, mas Marjorie e Aurora parecem não ligar muito para isso, mas até certo ponto. Se no contexto de Marjorie e Aurora está imbricado os processos da fofoca e a rápida circulação das informações no bairro das Camélias, estes experienciados ao longo de suas vidas, para Melissa, o manejo de sua sorologia a faz tecer estratégias, como o encobrimento, quando seu corpo é confrontado pela vizinhança. Claudia Fonseca (2002) define a fofoca como relatos de fatos reais ou não sobre o comportamento de outrem. No bairro das Camélias, a fofoca aparece ancorada na dimensão sociodemográfica de proximidade, feito na qual aproxima uma densa concentração de habitantes e evocando o ditado, já mencionado anteriormente, de que “todo mundo conhece todo mundo” (Oliveira Neto, 2023; Silva; Moraes; Oliveira Neto, 2022). Por outro lado, também parece estar alicerçada a partir dos imaginários sociais e estigmatizantes que circulam sobre os corpos das mulheres vivendo com HIV e de constantes casos de suspeição em relação às suas sorologias.

O “*bafafá*” dito por Íris ao referenciar a história de Marjorie, já fora abjeção da comunidade, o que a fez, hoje, estar na posição de não negar quando alguém a confronta porque acredita “que todos sabem”. Aurora não parece (não mais) ser tão confrontada porque, nas vias morais, é uma pessoa respeitada tanto pela comunidade, quanto pelos serviços de saúde. No entanto, tudo que se é realizado por elas (Marjorie e Aurora) também são estratégias: estas desenvolvidas ao longo de suas experiências.

Vemos que ao longo de suas narrativas, emoções são recorrentemente acionadas para expressar situações: amor, afeto, desamor, nojo, desprezo, medo, angústia, desconfiança e confiança. Para Bonet (2018) tais expressões são o resto que compõem suas experiências. Cada uma das emoções supracitadas são embasadas a partir de uma “dimensão moral das emoções” (Victora; Coelho, 2019, p. 15) e experienciadas em seus aspectos individuais. Para além do moral, as emoções expressadas podem ser entendidas como uma dimensão política, definidora da vida e, novamente, definidora de estratégias.

Para além destes efeitos, pode-se ponderar, através de suas narrativas, como a atenção básica e os serviços especializados são utilizados. Para Melissa, o uso da unidade básica Tulipa está concentrado em suas duas filhas mais velhas: Tereza e Maria, e só foi utilizada por Melissa em seu período gestacional de Josué. Em um histórico clínico de Tereza e a recorrência de suas crises de epilepsia, Melissa utiliza a unidade Tulipa para consultá-la e retirar suas medicações antiepilépticas e anticonvulsivantes. Pode-se dizer que, em se tratando de seu uso pessoal, a única relação de Melissa e a atenção básica, é referente ao direcionamento e assistência de Íris, que a auxilia nas leituras de seus exames e seus direcionamentos. Para Marjorie e Aurora, o uso da unidade do Sol está concentrado unicamente nos serviços de vacinação e aferimento de pressão. Todos seus direcionamentos e exames são concernidos unicamente nos serviços especializados. No entanto, por fazerem parte da área adscrita de Íris, também podem ser assistidas pela unidade Tulipa, caso optem, e são acompanhadas pelo trabalho de orientação de Íris.

Neste sentido, a política da descentralização do cuidado em HIV/aids parece estar ancorada unicamente nessa estratégia quando se pensa no invólucro do cuidado às mulheres vivendo com HIV/aids. O papel da agente comunitária Íris aparece como central na própria relação entre sujeito-saúde, no entanto, adentrando nas dinâmicas que envolvem os serviços voltados ao cuidado, prevenção e informação, as prerrogativas imbuídas ao HIV e à aids – nesta política da descentralização – são secundarizadas, nos levando a pensar que há, de fato, uma preferência (e dominância) que se sobressai àquilo que os serviços especializados em João Pessoa ofertam para estas mulheres. Por outro lado, o uso da atenção básica parece estar direcionado com mais intensidade à vida de Melissa, quando esta utiliza os serviços do puerpério voltados aos seus filhos, entretanto, quando se diz respeito à sua condição, a atenção básica permanece desvinculada e retorna ao papel de Íris. Para Marjorie, os serviços ofertados na unidade do Sol também parecem não estar intrinsecamente ligados ao cuidado em HIV, mas sim a outros serviços, como a vacinação e a aferição da pressão. O mesmo se aplica à

Aurora, no entanto, reconhece que qualquer exame, consulta ou serviço ofertado para ela não é válido, porque, em suas palavras, “não servem para a médica de lá”.

Há, neste sentido, uma evidente preferência dessas mulheres em procurar diretamente os serviços especializados – seja o HU ou o CF – para qualquer demanda terapêutica que tenham. No caso de Melissa, a primazia de sua escolha não parece ser apenas individual, mas sim concentrada em um processo que viabiliza um melhor acompanhamento tanto para a terapia antirretroviral quanto para o cuidado com Josué. No entanto, Íris mencionou anteriormente que, em breve, o cuidado direcionado a Josué também passará a ser realizado na unidade Tulipa, assim como ocorre com suas duas irmãs. Assim, a relação de Melissa com a atenção básica permanecerá ancorada em Íris, por meio de suas orientações, leituras de exames e acompanhamento de sua rotina de cuidado.

Neste sentido, as estratégias empregadas, enquanto mulheres vivendo com HIV, para os serviços de saúde e seus profissionais, assemelham-se a uma espécie de pedagogia do tratamento (Gavigan et al., 2016). Para os autores e para a Organização Mundial de Saúde (OMS), tal pedagogia é definida a partir de um “conhecimento adequado” que impulsiona a tomada de decisões para lidar com o tratamento em HIV/aids. Íris e os outros profissionais de saúde, indiretamente, indicam o cuidado das três mulheres como um parâmetro escalar: Melissa não é suficientemente capaz (ou confiável) de manejar seu próprio cuidado e está sempre tutelada por Íris; Marjorie parece estar em uma liminaridade, cujo aspecto de sua sorologia está ancorado em um suporte afetivo de sua nora, Gláucia, e confiado a Íris; e Aurora é referência no que tange seu cuidado, um exemplo a ser seguido, não apenas pelo cuidado minuciosamente evidenciado, mas também por estar nas rédeas dos padrões morais (por ter uma relação conjugal estável) e ser uma mulher “de igreja”. A própria conjugalidade sorodiferente (Silva, 2012) está definida em uma circunstância na qual não deve haver interferência. Quando falamos sobre a PrEP, Aurora nega firmemente a adesão, não por desconfiar de sua eficácia, mas por temer que, caso haja algum problema, perca sua cura, pois, em suas palavras, “é um problema” que só ela deve carregar.

A vulnerabilidade é recorrentemente acionada nas falas das profissionais de saúde, mas parece ser evocada não em seu caráter descritivo, mas como forma de expressar certa confusão ao equipará-la à noção de “grupo de risco”, principalmente quando se observa a perspectiva social de Melissa. Isso parece ser um pouco mais intenso na experiência de Melissa, a qual nos leva a ponderar, à primeira vista, o próprio manejo do cuidado em tempos em que a disponibilização de recursos estava paralisada

durante o decurso da pandemia. A interrupção da TARV de Melissa, em suas falas, se deu por conta da ausência do transporte. No entanto, parte das estratégias da relação entre atenção básica e atenção especializada consiste no envio das medicações diretamente aos usuários em suas respectivas cidades, como Marjorie e Aurora fizeram. É interessante pensar que há, neste sentido, marcadores que estão interseccionados neste contexto, referentes à suspensão biomedicamentosa de Melissa. Ela é a única mulher dentre as três que não possui uma renda fixa, possui uma relação conjugal à mira da comunidade (por ser vista como uma mulher com múltiplos parceiros sexuais), e não é alfabetizada, tampouco letrada. Percebemos que o estigma ao corpo de Melissa não diz respeito unicamente à sua sorologia, mas, ao elucidar um território cuja densidade e proximidade estão, a todo momento, estabelecidas em sua vida, esses marcadores já a colocam em uma percepção diferente daquela em que Marjorie e Aurora são colocadas. Pode-se compreender que há, neste sentido, aquilo que Ayres (1999) e La Maison (2014) descrevem sobre a vulnerabilidade programática, que diz respeito ao efeito coletivo entre o sujeito e os serviços de saúde. Para os autores, a vulnerabilidade programática consiste nas estratégias (ou na falta delas) que os serviços de saúde implementam como resposta mais efetiva às necessidades das pessoas. A vulnerabilidade programática, no caso de Melissa, parece estar dinamizada e influenciada pela vulnerabilidade social (Ayres et al., 2006; La Maison, 2014), cuja relação está intimamente ligada a recursos econômicos, de gênero, escolaridade e de raça.

Não sabemos se a dinâmica no HU foi diferente da que se implementou no CF, mas, considerando que seu *modus operandi* seja semelhante, por que, então, apenas Melissa interrompeu sua terapia antirretroviral? Se considerarmos tal especulação, pode-se definir que isso também pode ter sido uma estratégia adequada por parte dela para não ser alvo do estigma territorial. Mas também se pode ponderar que faltaram direcionamentos por parte dos próprios serviços de saúde para orientá-la de que tal possibilidade existia. Esse efeito retomaria a discussão da pedagogia e do possível “novatismo” das experiências de Melissa, ancoradas em um preceito cuja ótica dos serviços de saúde já a classifica como “irresponsável”. De modo algum estou propondo tais questionamentos para atribuir uma noção de “culpados”, mas sim intencionando evidenciar aspectos que são etnograficamente importantes de serem ressaltados.

Não é possível desvincular cada uma das narrativas quando pensamos na dinâmica territorial e como ela está incutida em uma particularidade da interioridade (Domingues; Gontijo, 2022). E menos possível ainda desvincular essa discussão ao

gênero e as repercussões que estes efeitos transbordam em seus corpos. Se na teia de aflições que relacionam ambas as narrativas, o território parece ser o elemento central e definidor de diversas experiências que tangem a vivência positiva. Para Veena Das (1995) aflições são ocasionadas diante de um quase-evento ao evento crítico, ou seja, rupturas no tecido da vida. Eventos críticos são fundados a partir dos momentos de violência os quais produzem sofrimento social, descontinuidades e remodelações da vida, que impulsionam um *re-becoming* (ser novamente/tornar-se novamente) (Das, 2023). Violências são constituídas através das experiências, e vemos que é um processo contínuo na vida cotidiana destas mulheres, como, por exemplo, a própria sujeição que estão inseridas na dinâmica territorial.

Já destaquei anteriormente que o território é o agente definidor das relações, por vezes, de poder. Mas gostaria de trazer a sujeição em que todas estão inseridas no contexto municipal de suporte e direcionamento. No dia em que acompanhei Marjorie ao serviço especializado, por exemplo, pude vislumbrar, que o papel central da assistência municipal diz respeito apenas ao deslocamento. O restante (como a alimentação), não parece ser considerado. Marjorie está à mercê do que é possível: se tem recursos financeiros, se alimenta; se não tem, espera em silêncio. Aliás, a espera aparece de qualquer modo, a ponto de esperarmos nosso retorno a Rio Tinto por seis horas. Marjorie esteve em jejum (não por escolha, mas por obrigatoriedade), desde às dezenove horas do dia anterior, ou seja: quase dezenove horas sem se alimentar. Ao que parece, a responsabilidade está em uma via individual, nas quais as agências se desvinculam quando promovem a ida até ao que consideram como “cuidado” biomédico. Depois disso, a responsabilidade retorna ao individual.

Parece interessante pensar que a forma como a condução e o manejo na relação entre sujeito-cuidado se assemelham com àquilo que Victor Turner (2014) chama de ruptura. Rupturas são momentos nos quais se sintetizam como suspensões cotidianas diante de um momento de liminaridade. Se, por um lado, deslocar-se para João Pessoa coloca em xeque pontos que evidenciam a tricotomia entre território, doença e sujeição, chegar em João Pessoa realoca uma nova tricotomia, envolvendo o tempo, silêncio e a espera. As três se entrelaçam, fomentando uma nova composição para o drama social (Turner, 2015) experienciado por Marjorie e, muito provavelmente, por Aurora também. Segundo o autor, dramas sociais são sucessões que envolvem eventos entendidos como perfis sincrônicos, que conformam a estrutura de um campo social a cada ponto significativo da parada no fluxo do tempo.

Para finalizar esta análise, gostaria de novamente retomar a discussão do gênero, mas, dessa vez, como aporte teórico para vincular tudo o que dispus aqui. A nível metodológico, pode-se discorrer sobre a posicionalidade do pesquisador (Wilson; Janes; Williams, 2022). Em uma pesquisa de campo, segundo as autoras, o pesquisador ou a pesquisadora deve adotar estratégias nas quais levem em consideração sua própria identidade e avalie como esta pode estar sendo lida durante a investigação. É um momento de reflexividade, que pode ser ponderado antes mesmo da realização investigativa, no entanto, a reflexividade pode aparecer durante ou até mesmo pós presença no campo. Desta forma, a reflexividade é “uma forma de pensamento crítico que envolve abordar as questões de identidade e posicionalidade, tornando explícitas as suposições do pesquisador e encontrando estratégias para questioná-las” (Wilson; Janes; Williams, 2022, p. 2, tradução minha).

Trazer este aporte de análise metodológica parece contundente para explicitar como a neutralidade do corpo (tanto do pesquisador quanto das interlocutoras) parece não existir quando se trata de realizar uma pesquisa em que o corpo aparece como um dos elementos centrais. Trato, neste momento, a cena em que descrevi na experiência de Aurora, quando conversei por *whatsapp* com ela e fui visitá-la.

A cena descrita possui diversos pontos que tornam interessante considerar não apenas o que a experiência de Aurora pode nos atentar, mas para problematizar aquilo que está incutido em seu próprio corpo, suas vivências e experiências. Em primeiro lugar, podemos entender a representação do gênero entre a relação entre o pesquisador e Aurora. Em certa medida, o receio de Aurora foi instaurado através do ciúmes de Cláudio pelo meu interesse na pesquisa com a Aurora. Podemos considerar, que tal receio pode estar engendrado a partir de dois pontos: o primeiro, seria à ameaça da estabilidade conjugal ou à própria qualidade de vida individual, na qual Rosset (2004) atentamente chama atenção. Segundo Thiago de Almeida, Katia Regina e Ailton Silva (2008, p. 84), “O ciúme geralmente surge quando um relacionamento diádico valorizado é ameaçado devido à interferência”. De fato, a minha participação com Aurora em sua rotina, seria uma interferência externa, colocando a posição conjugal para trás, o que poderia reconfigurar uma dinâmica da conjugalidade pré-estabelecida. O segundo ponto diz respeito à uma crença e uma manifestação religiosa na qual está enraizada tanto em Aurora quanto em Cláudio. Em um contexto cujas manifestações de sua religiosidade são revisitadas em sua realidade cotidiana e perpassadas pela dinâmica territorial demarcada pelo signo da fofoca, a minha presença poderia colocá-la à mercê da lógica de dominação e controle ao assemelhá-la como traição. Não uma traição exclusivamente

à sua conjugalidade com Cláudio, mas uma traição ao divino, a sua devoção, a Jeová e a todos seus fieis e dogmas que estão instaurados na espiritualidade de Aurora. Quando a possibilidade desta traição parecer estar se instaurando, Aurora se afasta para não desestabilizar algo que emocionalmente, socialmente e espiritualmente está constituído em uma estabilidade. Para Catherine Lutz (1988), as emoções não estão concentradas em experiências apenas internas ou engendradas em uma universalidade, mas sim, em construções culturais que remodelam as formas de interpretações para responder o mundo que os cerca. O próprio fato da cachorra “que gosta de todo mundo” não gostar de mim, por exemplo, pode ter expressado um simbolismo na qual fomentou uma decisão embasada em sua própria intuição.

Dito isso, reforço que não há possibilidade de assumir uma neutralidade no que diz respeito aos nossos próprios corpos durante o fazer etnográfico. Vemos um exemplo claro, ainda que em circunstâncias diferentes, nos escritos de Eva Moreno (2017). A todo momento, corpos estão em interação, são vistos, são criticados, subjugados e quantificados. No contexto de Aurora descrito acima, entende-se que a presença de um pesquisador em um campo há, sim, impactos no tecido da vida social e cotidiana. Desta forma, ainda que minha presença possa ser considerada efêmera no âmbito contextual, isto é, sem estar em uma temporalidade persistente, se houvesse uma insistência pessoal para dar continuidade à pesquisa com Aurora, os efeitos que minha presença poderia gerar, enquanto uma pessoa socialmente construída na figura masculina, a curto e a longo prazo, poderia causar danos na relação de Aurora, e eventualmente perpassar nos níveis sociais, emocionais, religiosos e conjugais.

A complexidade que envolve as três narrativas estão empenhadas em diferentes elementos cujos aspectos estão emaranhados em diferentes formas. As histórias são parte desse emaranhado, nas quais as tessituras de suas experiências perpassam dimensões que definem o pensamento de Bonet (2018): o resto e suas relações.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste trabalho, propus darmos mais atenção ao que diz respeito às experiências de mulheres que vivem com HIV que estão contextualmente inseridas no território interiorano, em Rio Tinto. No complexo manejo da vida, diferentes histórias são traçadas em seu percurso, e junto com elas, diferentes aspectos são envolvidos nas tramas da vida.

Ao passar por uma breve construção histórica das políticas de saúde que envolvem os trâmites assistenciais em torno do HIV, visualiza-se que os protocolos e as

prerrogativas instituídas na atenção básica esbarram em dinâmicas cujos aspectos são singulares na relação territorial. Estes efeitos parecem ser mais intensos quando tal dinâmica está concentrada na perspectiva de um território interiorano, especialmente no que diz ao contexto da vulnerabilidade em que o bairro das Camélias recorrentemente é classificado. Complexos manejos de trabalho são tecidos nas atividades dos profissionais de saúde para contornar tais entraves, mas, ao que parece, é que no âmbito das experiências de viver com HIV das três mulheres que foram citadas ao longo desta monografia, fora apontado que a relação entre usuário vivendo com HIV e atenção básica, está definido apenas pela orientação do agente de saúde. Embora Oliveira Neto (2023) já tenha chamado atenção para as contradições que estão imbuídas nas políticas que envolvem a descentralização do cuidado em HIV/aids na atenção básica em cidades contextualmente descentradas, pode-se assimilar que o trabalho do profissional de saúde, especialmente dos agentes comunitários, como Íris, tem uma função basilar na vida de sua população adscrita, como Íris tem na de Marjorie, Aurora e, principalmente, na de Melissa.

A descrição realizada perante às definições metodológicas, teve como intuito elucidar os desafios que estão em torno de entrar em um território cujo aspecto central seja a fofoca. Ao discorrer sobre a multissituidade etnográfica utilizada no decorrer da pesquisa e apresentada ao longo deste trabalho, até aproximar às experiências individuais das mulheres vivendo com HIV, pudemos perceber que, na verdade, há um longo processo neste meio tempo. Para isso, ao ver que este trabalho se constituiu em algumas metodologias e diferentes temporalidades, auxilia a compreender que, mesmo durante o decurso da pandemia de Covid-19 e todas as complexidades que este advento ocasionou nas vidas cotidianas e nos serviços de saúde, esta pesquisa se desdobrou e permaneceu em uma atividade cujas complexidades foram focadas e permanecidas em nossa vista. De modo algum a intermediação das plataformas digitais atrapalhou as definições etnográficas, mas, é certo que desacelerou o processo de conhecer de perto e de dentro (Magnani, 2002) o que compõe o *ethos* territorial. De certo modo, até esta etapa investigativa, nossas impressões estavam definidas pelo olhar da gestão: a forma que a gestão encara o bairro das Camélias e seus residentes.

Dito isso, quando as flexibilizações de medidas sanitárias foram instituídas, um novo processo se construiu. Uma fase de recorrentes negociações, persistências e aproximações, feitos que para aproximar ao objetivo central, também levaria tempo. Desvincular-se do papel de “pesquisador-fiscal” só é possível quando se torna a própria presença no campo de pesquisa normalizada e habitual; e se aproximar das pessoas

cujas existências parecem ser não apenas silenciosas, mas silenciadas, também leva tempo. Mas é neste tempo que a pesquisa, de fato, tomou forma.

Foi neste tempo que conheci Íris, cuja proximidade fora central no processo investigativo, na qual sua participação não apenas foi essencial para essa pesquisa, mas também me levou a conhecer seu trabalho e seu território, apresentou Melissa, Marjorie e Aurora, intermediou minhas negociações com elas, teceu observações, recuperou experiências e reiterou informações.

Em uma pesquisa cujo aspecto central está concentrado na compreensão das experiências em torno do HIV, dado o contexto riotintense e do bairro das Camélias, o trabalho antropológico e etnográfico se constrói de maneira cujo corpo do(a) pesquisador(a) está, a todo momento, imerso nos emaranhados que envolvem os serviços de saúde, o território e a relação com outros corpos. Com a intermediação de Íris, minha presença não apenas se afeiçãoou como uma espécie de camuflagem, mas também tornou minha presença no bairro de forma que não interferiu na vida de Melissa, Marjorie e Aurora. Com estas construções e definições, surgiu a possibilidade de etnografar um pouco o resto e conhecer suas experiências.

Minha intenção em trazer cada narrativa em seu caráter totalizante (escritas com tudo àquilo que fora possível compreender a partir dos diálogos ao longo da etnografia) fora construído não para analisá-las, essencialmente, em sua totalidade, mas para preencher uma lacuna que nos estudos dos expertos (Bonet, 2018) parece existir. Desta forma, separei as três narrativas para que, de algum modo, as experiências de vida e do viver com HIV de cada uma delas apareça de modo que elucide o que fora vivido e o que é vivenciado, e permita-nos olhar para além de uma prerrogativa ancorada que diz respeito unicamente ao serviço de saúde. Se na ótica médica-biológica o que transborda na vida das pessoas é, em certa medida, o resto, posso afirmar que minha intenção em tratar as narrativas em sua totalidade é para ponderar que na antropologia (e possivelmente para estas mulheres), o “resto” pode ser configurado como “tudo”: uma vida composta por experiências.

Quando aproximo suas narrativas para contemplar suas experiências e a construção de um novo mundo, isto é, a partir da descoberta do HIV, novas formas de experienciar a vida começam a emergir. Vemos isso nas narrativas das três mulheres: imbricamentos afetivos, amorosos, familiares e conjugais; mas, também, remodelações das perspectivas de cuidado, responsabilidades pairadas em seus corpos, e novos manejos de vida. Isso acontece porque, em suma, é o que elas foram direcionadas a recorrer diante aos eventos críticos em seus cotidianos e os processos de violência que

são desencadeados. As violências são constituídas através das experiências, e vemos que é um processo contínuo na vida destas mulheres.

A forma de compreender tais processos, para Veena Das (2023) é descer ao ordinário, experienciar junto a elas a vida cotidiana. Infelizmente, por limitações metodológicas, não posso dizer que isso foi realizado, porque a minha própria presença poderia desencadear novas violências. No entanto, o que pode ser visualizado, é que estes processos de violências são recorrentes, vivenciados, interseccionados, relativizados e, sem dúvidas, experienciados. Considerar, portanto, estes processos da violência cotidiana em seu parâmetro individual e coletivo, nos faz perceber que é nele que novas formas da vida são colocadas em prática e podem desencadear uma procura de libertação, uma catarse, como vemos nas palavras de Aurora ao ver que o HIV seria inexistente em seu filho: “Essa é a minha cura!”. Ou seja, seu filho não estaria à mercê de um evento crítico, tal qual fora para Aurora.

Não é possível, desta forma, desvincular a discussão de gênero em torno de suas vivências, especialmente na relação que envolve a pesquisa antropológica, assim como não é possível assumir uma neutralidade no bairro das Camélias, quando, a todo momento, os corpos estão sendo visualizados e questionados pela vizinhança e comunidade. Desta forma, a pesquisa antropológica permite uma remodelação de um plano prático para compreender, mesmo em sua descontinuidade, o que este efeito significa: à nível epistêmico, parte de um processo; e, à nível pragmático, parte das estratégias e respostas definidas ao longo de suas experiências.

Ao tratar as experiências em sua singularidade, compreende-se, portanto, que experienciar a vida com o HIV, para as três mulheres, está definido de modo subjetivo, interpelado por efeitos que estiveram presentes ao longo de suas vidas, entretanto, atravessadas por uma configuração em comum: o território e seu agenciamento biopolítico (Foucault, 1988). Este que perpassa desde antes da descoberta sorológica, mas também durante e depois. Este que parece reproduzir imaginários sociais calcados na “doença do outro” (Knauth, 1999) e olhares acusatórios aos corpos de quem está no bairro das Camélias.

Espero, portanto, que este trabalho possa ampliar ainda mais as discussões em torno de viver com HIV em territórios interioranos e alavanque uma nova ótica nos estudos que discutem a epidemia e seus efeitos para compreender as experiências de quem vive com HIV. Mais do que isso, que essa discussão alcance àqueles que de algum modo são interpelados pelo HIV e pela aids, e possa contribuir, de alguma forma, em seus manejos de trabalho e manejos de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-LUGHOD, Lila. **A escrita dos mundos de mulheres: histórias beduínas**. Trad. de Maria Claudia Coelho. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens Edições, 2020.

ABU-LUGHOD, Lila; REGO, Francisco Cleiton Vieira do; DURAZZO, Leandro. **A Escrita contra a cultura**. Equatorial – Revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, [S. l.], v. 5, n. 8, p. 193–226, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/15615>. Acesso em: 08 set. 2024.

AGOSTINI, Rafael. et al. **A resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids em tempos de crise**. CienSaude Colet [periódico na internet], 2019. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-resposta-brasileira-a-epidemia-de-hiv-aids-em-tempos-de-crise/17344?id=17344>> Acesso em: 25 de julho de 2021.

AGUIAR, Zenaide Neto. **A descentralização do SUS: O financiamento e as Normas Operacionais Básicas de Saúde**. In: AGUIAR, Z, N. (Org.) SUS, Sistema único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ed. Martinari: São Paulo, 2015.

ALMEIDA, Thiago de; RODRIGUES, Kátia Regina Beal; SILVA, Ailton Amélio da. **O ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos**. Estudos de Psicologia (Natal), v. 13, n. 1, p. 83–90, jan. 2008.

AYRES, José Ricardo et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: REGINA, M. B; PARKER, R. (Org) Sexualidades pelo Averso: 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.

AYRES, José Ricardo. **Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado**: aportes conceituais. In: Barros S, Campos PFS, Fernandes JJS, organizadores. Atenção à saúde das populações vulneráveis. Barueri: Manole; 2014.

AYRES, José. Ricardo. **Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade**: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. Saúde em Debate, v. 46, n. spe7, p. 196–206, 2022.

BIEHL, João. **Vita**. life in a zone of social abandonment. Berkeley: University of California Press, 2005.

BONET, Octavio. **De restos e sofrimentos: sobre fazer etnografias em serviços de saúde**. In: NEVES, Ednalva Maciel; LONGHI, Márcia Reis; FRANCH, Mónica (orgs.). Antropologia da saúde: Ensaio em políticas da vida e cidadania. Brasília: ABA Publicações, 2018.

BONET, Octavio. **Do que estamos falando? Eficácia simbólica, metáforas e o “espaço entre”** In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca (orgs.). Para além da eficácia simbólica. Estudos em ritual, religião e saúde. Salvador: EDUBA, 2013, p. 101-117.

BONET, Octavio. **Itineranças e malhas para pensar os itinerários de cuidado.** A propósito de Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia*, v. 4, n. 2, p. 327–350, jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009.** Dispõe sobre os procedimentos de habilitação dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 15 out. 2009.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html).

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Cuidado integral às pessoas vivendo com HIV no Brasil: manual multiprofissional.* Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 160 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_manual\\_multiprofissional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf). Acesso em: 13 ago. 2024.

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/ptbr/pub/2014/cadernode-boas-praticas-em-hivaidis-na-atencao-basica>.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 76 p.

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-deconteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim\\_hiv\\_aids\\_-2022\\_internet\\_31-01-23.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view) . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

CAMARGO, Caren. **Pecado, salvação e cura:** representações sociais da Aids para líderes religiosos pentecostais. UERJ: Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11146/1/TESE\\_FINAL\\_CAREN\\_CAMARGO\\_ESPIRITO\\_SANTO%20%281%29.pdf](https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/11146/1/TESE_FINAL_CAREN_CAMARGO_ESPIRITO_SANTO%20%281%29.pdf)> Acesso em: 30 de julho de 2021.

CAMPOS, Vanessa. **SoroposidHIVa,** uma mulher na diáspora da AIDS. [livro eletrônico]. Conceição da Feira, BA : Andarilha Edições, 2023. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1t8lm0oo-eRjP6VuCQLRzEleqJTslAu3U/view>.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O ofício do antropólogo, ou como desvendar evidências simbólicas**. Anuário Antropológico, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 9–30, 2018.

Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/anuarioantropologico/article/view/6944>. Acesso em: 18 set. 2023

CARRARA, Sérgio; MORAES, Claudia. **Um mal de folhetim?** Comunicações do ISER, v. 4, n. 17, 1985.

CARVALHO, Jamille Maria Rodrigues; MONTEIRO, Simone Souza. **Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 6, p. e00169720, 2021.

CLEMENTINO, Milca Oliveira et al. **Interiorização do hiv/aids: análises gerais da epidemia no estado da paraíba**. Anais II CONBRACIS. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29388>>.

COSTA, Tadeu Lessa da. **Representações sociais do HIV/Aids e da qualidade de vida: um estudo entre pessoas que vivem com o agravo em contexto de interiorização**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/15197>. Acesso em: 12 ago. 2024.

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

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

DAS, Veena. **Vida e Palavras: a violência e sua descida ao ordinário** São Paulo: Editora Unifesp, 2020.

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.

DOURADO, Simone Pereira da Costa. **A pandemia de COVID-19 e a conversão de idosos em “grupo de risco”**. Cadernos de Campo (São Paulo - 1991), São Paulo, Brasil, v. 29, n. supl, p. 153–162, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/169970>. Acesso em: 23 set. 2024.

FERRAZ, C. P.; ALVES, P. A. **Da etnografia virtual à etnografia online: Deslocamentos dos estudos qualitativos em rede digital**. Caxambu: ANPOCS, 2017. Disponível em:

<https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro-2/spg-4/spg10-4/10962-da-enog>

[rafia-virtual-a-etnografia-online-deslocamentos-dos-estudos-qualitativos-em-rede-digital/file](#). Acesso em: 10 de julho de 2024.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra**. UFRGS: Rio Grande do Sul, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Corpos doces**. In: FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhe. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 135-169.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREIRE, Lucas. DAS, Veena. 2023. **Aflicção: saúde, doença, pobreza**. Trad. Bruno Gambarotto. São Paulo: Unifesp. 296 p. Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro), n. 39, p. e22401, 2023.

GARBIN, Cléa Adas Saliba. et al. **O cuidado para pessoas com HIV/Aids sob a ótica de agentes comunitários de saúde**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2019, v. 17, n.1 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00185>> Acesso em: 31 julho 2021.

GAVIGAN, Kelly *et al.* **Pedagogia da Prevenção: Reinventando a prevenção do HIV no século XXI**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. Disponível em: [https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief\\_portugues\\_jan2016.pdf](https://abi aids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/PolicyBrief_portugues_jan2016.pdf). Acesso em: 10 set. 2024.

GEERTZ, Clifford. **Estar lá: A antropologia e o cenário da escrita**. In: GEERTZ, Clifford. Obras e vidas: O antropólogo como autor. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005, pp. 11- 39.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Unesp, 1993.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. **O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético**. Serviço Social em Revista, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 122–134, 2009. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>. Acesso em: 1 out. 2024.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo CM; HEARST, Norman. **Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais**. São Paulo, SP. Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 50–60, ago. 2002.

HAESBAERT, Rogério da Costa. **Definindo território para entender a desterritorialização**. In: O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HARLEY, Brian. **Mapas, saber e poder**. Confins [online], 5, 2009, 24 de abril. 2009. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/5724?lang=pt> . Acesso em 15 de setembro de 2024.

IBGE. **Rio Tinto**, 2022. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/rio-tinto.html>. Acesso em: 04 ago. 2024.

INGOLD, Tim. **A cultura no chão: o mundo percebido através dos pés**. In: Estar Vivo: ensaios sobre movimento, conhecimentos e descrição. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

KNAUTH, Daniela Riva. **Subjetividade feminina e soropositividade**. In: REGINA, M, B; RICHARD P. (Org) Sexualidades pelo Averso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LA MAISON, Carolina. **Vulnerabilidade programática ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá, 2014**. São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

LUTZ, Catherine Ann. **Unnatural Emotions: Everyday Sentiments on a Micronesian Atoll and Their Challenge to Western Theory**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. **De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 17, n. 49, jun. 2002.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel; NETTER, Thomas. **A AIDS no mundo**. ABIA da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1993.

MARCUS, George. **Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography**. Annual Review of Anthropology, n. 24, p. 95-117, 1995.

MATIAS, Wertton Luís Pontes; FRANCH, Mónica; SILVA, Luziana Marques da Fonseca. **Entre o medo e a ética da vida: A chegada da PrEP ao serviço público de saúde de João Pessoa na Paraíba Vivência: Revista de Antropologia**, [S. l.], v. 1, n. 60, 2022.

MAZUZE, Bento Saloio Daniel et al. **Vozes silenciadas: vivências de pessoas que convivem com HIV na província de Gaza, Moçambique** . Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador, Brasil, v. 12, p. e4601, 2023. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/4601>.

MELO, Lucas Pereira de. et al. **Do “HIV-profecia” ao “HIV-território”**: um estudo de caso sobre juventude, subjetividade e ativismo em HIV/aids. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 4, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS, 2012.

MERINO, Maria de Fatima Garcia Lopes; MARCON, Sônia Silva. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, nov-dez; v. 60, n. 6, 2007.

MONTEIRO, Simone *et al.* **The dynamics of the production of AIDS-related stigma among pregnant women living with HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 12, p. e00122215, 2016.

MONTENEGRO, Rosiran Carvalho de Freitas. **Mulheres e Cuidado**: Responsabilização, Sobrecarga e Adoecimento. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, [s. l.], v. 16, ed. 1, 21 maio de 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22440>.

MORAES, Gabriel Cavalcante Bueno de. **Nos meandros do HIV/aids e da covid-19**: desafios metodológicos para o mapeamento das ações em hiv/aids em Rio Tinto – PB em tempos pandêmicos.. In: *Anais do II Seminário Interno do Projeto Antropo-Covid: desafios metodológicos e éticos*. João Pessoa: PPGA/UFPB, 2021. v. 02. p. 140-144. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1VHf4R1BmkGrMzaFlJmWHkFX1F5MMnDU?usp=sharing>. Acesso em 08 de julho de 2024.

MORENO, Eva. **Estupro em campo**: reflexões de uma\* sobrevivente. *Cadernos de Campo* (São Paulo - 1991), São Paulo, Brasil, v. 26, n. 1, p. 235–265, 2018. DOI: [10.11606/issn.2316-9133.v26i1p235-265](https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v26i1p235-265). Disponível em: <https://revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/146675>. Acesso em: 03 out. 2024.

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). Monografia: UFPB, 2023. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin\\_TCC.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/29956/2/FranciscoPaulin_TCC.pdf) Acesso em: 04 de set. de 2024.

OLIVEIRA, Hugo Virgílio de. **Um estranho no ninho**: A presença do antropólogo e seus efeitos no trabalho de campo. *Revista Textos Graduated*, [S. l.], v. 7, n. 2, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/tg/article/view/39390>. Acesso em: 5 ago. 2024.

OLIVEIRA, João Pacheco de. **Formas de dominação sobre o indígena na fronteira amazônica**: Alto Solimões, de 1650 a 1910. *Caderno CRH*, v. 25, n. 64, p. 17–32, jan. 2012.

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 , v. 62 , p. e216217 - , 2021. ISSN: 18094449.

PALHANO SILVA, P. R.; NASCIMENTO, J. M. do. **Educação e movimentos sociais: registro do TORÉ POTIGUARA - a força da espiritualidade**. Revista Cronos, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 216–221, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/8114>. Acesso em: 18 ago. 2024.

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: . Acesso em: 23 de outubro de 2022.

PAQUIELA, Eliane Oliveira de Andrade. *et al.* **O sofrimento de mulheres que vivem com HIV e o amor interior como prática revolucionária**. Saúde em Debate, v. 46, n. spe7, p. 75–84, 2022.

PARKER, Richard Guy. **A construção da solidariedade: aids, sexualidade e política no Brasil**. ABIA da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Editora Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994.

PARKER, Richard Guy; AGGLETON, Peter. **Estigma, discriminação e Aids**. 2. ed: ABIA, 2022.

PAULA, Tayná Almeida de. **Aprender na Prática: experiência com afeto e educação no contexto das autorrepresentações fotográficas de mulheres em Maceió/AL**. 33º Reunião Brasileira de Antropologia. Recife, PE: Associação Brasileira de Antropologia, 2022. Disponível em:

<https://www.33rba.abant.org.br/arquivo/downloadpublic?q=YToyOntzOjY6InBhemFtcyI7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSZPIjtzOjQ6IjI2MzkiO30iO3M6MToiaCI7czozMjoiNjkzMWU2ZGRjNzMyMjQ4ZmYxMmE3ODhiMDM0NzM4MDEiO30%3D>. Acesso em: 18 ago. 2024.

PERLONGHER, Nestór. **O que é aids**. 2 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

REIS, Cláudia Tartágli *et al.* **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>.

ROSSET, Solange Maria. **O casal nosso de cada dia**. Curitiba: Editora Sol, 2004.

SILVA, Ana Paula Dantas *et al.* **LETRAMENTO EM SAÚDE: INFLUÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.** REVISTA FOCO, [S. l.], v. 16, n. 02, p. e1089, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n2-159. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1085>. Acesso em: 15 out. 2024.

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 Covid19:** 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.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca; OLIVEIRA NETO, Francisco Paulino de; MORAES, Gabriel Cavalcante Bueno de. **“Lá vem a onda!”:** Notas etnográficas sobre os impactos da pandemia de Covid-19 na Atenção Básica e na política de HIV/Aids em Rio Tinto/PB. In: Sônia Weidner Maluf *et al.* (Orgs.) *Antropologias de uma pandemia: Políticas locais, estado, saberes e ciência na Covid-19*. 1ed. Florianópolis: Edições do Bosque, 2024, p. 169-196.

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.

SIMMEL, George. **O Segredo.** MALDONADO, S. (trad.) In: *Revista Política & Trabalho*/Paulo de Tarso Medeiros et. al (org). 1999, n 15: pp. 221 -225.

SOUZA, Cristiane Chaves de. et al. **Interiorização do HIV/AIDS no Brasil:** um estudo epidemiológico. *Revista de Atenção à Saúde, São Caetano do Sul*, v. 11, n. 35, p. 38-44, 2013. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/1798](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1798). Acesso em: 12 ago. 2024.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Tradução de Sandra Regina Goulart Almeida e Marcos Pereira Feitosa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca. **Efeitos, símbolos e crenças:** considerações para um começo de conversa. In: TAVARES, Fátima; BASSI, Francesca (orgs.). *Para além da eficácia simbólica. Estudos em ritual, religião e saúde*. Salvador: EDUBA, 2013, p. 17- 28.

TREICHLER, Paula. AIDS, **Homophobia and Biomedical Discourse:** An Epidemic of Signification. In: Fiske J. (Org). *Cultural Studies*. London: Routledge, 1987.

TURNER, Victor. **Do Ritual ao Teatro: A Seriedade Humana do Jogo**. Editora da Universidade de Brasília, 2015.

TURNER, Victor. **O Processo Ritual: Estrutura e Anti-Estrutura**. Tradução de Péricles Moraes. Vozes, 2014.

VALLE, Carlos Guilherme do. **Identidades, doença e organização social: um estudo das "Pessoas Vivendo com HIV e AIDS"**. Horizontes Antropológicos, v. 8, n. 17, p. 179–210, jun. 2002.

VÍCTORA, Ceres; COELHO, Maria Cláudia. **A antropologia das emoções: conceitos e perspectivas teóricas em revisão**. Horizontes Antropológicos, v. 25, n. 54, p. 7–21, maio 2019.

WILSON, Caitlin; JANES, Gillian; WILLIAMS, Julia. **Identity, positionality and reflexivity: relevance and application to research paramedics**. Br Paramed p. 43-49. DOI:10.29045/14784726.2022.09.7.2.43, 2022.

ZAGABRIA, Debora Braga. **O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes: o limite entre o cuidado e os maus tratos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu Silvana. **"A via que facilita é a mesma que dificulta"**: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. Fractal: Revista de Psicologia, v. 25, n. 1, p. 41–58, jan. 2013.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. **Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades**. Physis[online], Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. Disponível em: <<https://doi.25org/10.1590/S0103-73312016000300005>>.