

**INTERAÇÕES SINÉRGICAS ENTRE O HIV/AIDS E A COVID-19: A  
DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA EM  
RIO TINTO (PARAÍBA)**

*Synergic interactions between HIV/Aids and Covid-19: the  
decentralization of HIV/Aids care in primary care in Rio Tinto (Paraíba)*

*Interacciones sinérgicas entre VIH/SIDA y Covid-19: La descentralización  
de la atención del VIH/SIDA en la Atención Primaria en Rio Tinto/Paraíba,  
Brasil*

Luziana Marques da Fonseca Silva  
Professora do Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal da Paraíba  
E-mail: [luzianas@gmail.com](mailto:luzianas@gmail.com)

Francisco Paulino de Oliveira Neto  
Graduando em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba  
E-mail: [francisco.oliveira@academico.ufpb.br](mailto:francisco.oliveira@academico.ufpb.br)

Gabriel Cavalcante Bueno de Moraes  
Graduando em Antropologia, Universidade Federal da Paraíba  
E-mail: [gc.cavalcante2@gmail.com](mailto:gc.cavalcante2@gmail.com)

Áltera, João Pessoa, Número 14, 2022, e01403, p. 1-25

ISSN 2447-9837



## **RESUMO:**

A partir de dados etnográficos preliminares de uma investigação em curso, discutiremos neste artigo as sinergias entre a descentralização da atenção em HIV/Aids em Rio Tinto/PB e a pandemia de Covid-19. O material empírico tem evidenciado uma tessitura complexa envolvendo a relação entre a lógica territorial que norteia a Atenção Básica (AB) e o receio dos/as usuários/as quanto à “fofoca” sobre os diagnósticos positivos e suas reverberações na vizinhança, inclusive, por se tratar de uma área marcada pela vulnerabilidade social e individual. Ademais, a centralidade na saúde materno-infantil tem direcionado os testes rápidos para as gestantes. Essa teia torna-se ainda mais emaranhada quando percebemos que a Covid-19 tem sido o foco das práticas da gestão, provocando assim uma desaceleração dos cuidados em HIV/Aids. Essas situações sinérgicas que envolvem a interação entre fenômenos biológicos, simbólicos, sociais e políticos desenham e dão forma à sindemia (SINGER, 1994) entre HIV/Aids e Covid-19.

## **PALAVRAS-CHAVE:**

HIV/Aids. Covid-19. Descentralização. Sindemia.

## **ABSTRACT:**

Based on preliminary ethnographic data from an ongoing investigation, we will discuss the synergies between the decentralization of HIV/Aids care in Rio Tinto/Paraíba and the Covid-19 pandemic. The empirical material has shown a complex fabric involving the relationship between the territorial logic that guides Primary Care (PC) and the fear of users regarding the “gossip” about positive diagnoses and their reverberations in the neighborhood, including because it is an area marked by social and individual vulnerability. In addition, the focus on maternal and child health has directed rapid tests to pregnant women. This web becomes even more tangled when we realize that Covid-19 has been the focus of management practices, thus causing a slowdown in HIV/Aids care. These synergistic situations that involve the interaction between biological, symbolic, social and political phenomena design and shape the syndemic (SINGER, 1994) between HIV/Aids and Covid-19.

## **KEYWORDS:**

HIV/Aids. Covid-19. Decentralization. Syndemic.

## **RESUMEN:**

En este artículo, discutiremos, con base en datos etnográficos preliminares de una investigación en curso, las sinergias entre la descentralización de la atención del VIH/SIDA en Rio Tinto/Paraíba y la pandemia de Covid-19. El material empírico ha mostrado una situación compleja que envuelve la relación entre la lógica territorial que conduce la Atención Primaria y el miedo de sus usuarios(as) frente al “chisme” sobre diagnósticos positivos y sus repercusiones en el barrio, incluso, por ser un espacio marcado por vulnerabilidad social e individual. Además, el enfoque en la salud materno infantil se ha dirigido hacia las pruebas rápidas para mujeres embarazadas. Esta situación se complicó aún más cuando identificamos que Covid-19 ha sido el foco de las prácticas de gestión, lo que ha provocado una desaceleración en la atención del VIH/SIDA. Estas situaciones sinérgicas que involucran la interacción entre fenómenos biológicos, simbólicos, sociales y políticos desarrollan y configuran una sindemia (SINGER, 1994) entre el VIH/SIDA y el Covid-19.

## **PALABRAS CLAVE:**

VIH/SIDA. Covid-19. Descentralización. Sindemia.



## INTRODUÇÃO

As mudanças ocorridas ao longo das últimas décadas no campo da Aids, como a melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) em decorrência do uso de antirretrovirais (ARV) e a inserção de novas biotecnologias de prevenção e tratamento, como as profilaxias pré e pós-exposição (Prep e Pep), têm sido acompanhadas pela reorganização do modelo de atenção em HIV/Aids, isto é, pela descentralização da linha de cuidados, antes realizada exclusivamente pelos serviços de atendimento especializado (SAE), comumente situados nas capitais dos estados<sup>1</sup>.

A proposta de descentralização do acesso aos testes rápidos de sífilis e HIV/Aids – bem como de acompanhamento e aconselhamento das PVHA nas unidades básicas de saúde (UBS) – passou a ser prevista nas diretrizes políticas do Ministério da Saúde a partir da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), e ganhou forma em manuais e protocolos para o manejo da infecção na Atenção Básica (AB), redesenhando assim o modelo de atenção a partir da atuação em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

A descentralização tem como pressuposto a inserção da assistência, do acesso à prevenção e do tratamento em um novo fluxo de ações, que tem como ponto de partida a capilarização da oferta de serviços via Atenção Básica (AB). Ancorando-se na territorialização da atenção à saúde preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007), a descentralização exige uma reconfiguração da demanda nos serviços ofertados nas UBS, assim como lança as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) em uma nova lógica de cuidados, na qual a formação de vínculos e a familiaridade com a equipe de saúde podem assumir um caráter paradoxal (ZAMBE-NEDETTI, 2014), diante de uma epidemia cuja história social foi marcada por processos de estigmatização, discriminação e preconceitos (SILVA et al, 2021; AGLLETON; PARKER, 2021).

Ainda que o modelo descentralizado de atenção em HIV/Aids tenha sido assumido como parte da política de saúde brasileira, identificamos na primeira fase deste estudo<sup>2</sup> a invisibilidade do HIV/Aids nas linhas de cuidado das duas Unidades Básicas de Saúde investigadas na cidade de Rio Tinto. A temática só vinha à tona nas testagens do pré-natal, ou nos momentos em que as pesquisadoras perguntavam algo

---

1 Apesar de ser possível identificar experiências de Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids em algumas cidades de pequeno porte, como por exemplo na cidade de Caicó, situada no interior do estado do Rio Grande do Norte (ver: TAVARES; MELO, 2018), há uma prevalência de SAE em contextos metropolitanos.

2 O projeto de iniciação científica “Percepções dos profissionais de saúde sobre o HIV/Aids: experiências de atendimento, práticas de saúde e de prevenção no município de Rio Tinto” foi desenvolvido entre os anos de 2016 e 2017 na cidade de Rio Tinto (Paraíba). O estudo foi coordenado por Luziana Silva e contou com a contribuição da discente de graduação Melba Godoi Vieira.



sobre o assunto. Nas entrevistas com os profissionais de saúde das UBS, não raras foram as falas que correlacionaram o HIV com grupos estigmatizados. A associação historicamente enraizada entre HIV/Aids e a prostituição, a promiscuidade e a homossexualidade se mostrou presente no imaginário social de boa parte dos/as interlocutores/as.

Complexificando ainda mais a implementação e a efetivação de um cuidado descentralizado em HIV/Aids, a AB se viu interpelada por um novo cenário pandêmico causado pelo Sars-Cov-2, um agente patológico que se tornou parte do cotidiano mundial e demandou uma reorganização de sistemas e serviços de saúde para responder aos seus efeitos. Nesse cenário multipandêmico, questionamos: quais as implicações da pandemia de Covid-19 para a resposta ao HIV/Aids na AB, sobretudo em contextos interioranos? Que dinâmicas estão em jogo?

Dito isso, refletiremos acerca de tais questões a partir dos resultados preliminares de uma investigação antropológica multissituada (MARCUS, 1995), realizada entre 2020 e 2021, sobre os desafios do processo de descentralização da Atenção em HIV/Aids no contexto da pandemia de Covid-19 na cidade de Rio Tinto, município interiorano localizado no Litoral Norte do estado da Paraíba<sup>3</sup>. Aderimos a esse modelo investigativo multissituado – isto é, o campo espacialmente descentralizado –, pois foi necessário considerar a rede de serviços da UBS e sua relação com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguara (falaremos sobre isso mais à frente), as ações que são constituídas na UBS, os atendimentos aos sujeitos interpelados por tais ações, as visitas domiciliares da equipe de saúde e os encaminhamentos de exames direcionados ao enfrentamento do HIV/Aids e da Covid-19.

Nossa discussão está assentada, portanto, na experiência da cidade de Rio Tinto/PB e nas práticas da gestão do cuidado em HIV/Aids, apreendidas a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas de modo online com quatro gestoras responsáveis pela política de saúde em nível municipal e estadual. Cabe ressaltar que recorreremos ao modo online para contornar as impossibilidades de realização etnográfica presencial. Em um cenário delicado, em que o distanciamento físico deu o tom da resposta inicial à Covid-19, a literatura sobre a Antropologia Digital (SEGATA; RIFIOTIS, 2016) nos auxiliou de forma significativa no mapeamento de estratégias de pesquisas mediadas pelas plataformas digitais, viabilizando a aproximação com

---

3 Com a chegada da Covid-19, passamos a investigar os impactos da pandemia para a atenção em HIV em duas UBS em Rio Tinto e nos juntamos à rede Antropo-Covid que compõe a equipe do projeto “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”, coordenado pelas Professoras Doutoradas Sônia Weidner Maluf (UFPB; UFSC – Coordenadora), Mónica Lourdes Franch Gutiérrez (UFPB – Coordenadora Adjunta) e Soraya Fleischer (UnB – Coordenadora Adjunta).



as interlocutoras.

Desse modo, retomando o contato feito com as gestoras durante a primeira etapa do estudo, utilizamos o WhatsApp como ferramenta para a negociação das entrevistas semiestruturadas, bem como para a apresentação prévia do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). No entanto, o envio do TCLE pelo WhatsApp deflagrou um entrave com uma das interlocutoras. Diferentemente de uma apresentação do termo em uma conversa face a face, em que o/a pesquisador/a tece explicações sobre a pesquisa, o sigilo e o compromisso ético, o envio do arquivo sem maiores esclarecimentos deixou a interlocutora receosa, questionando se na posição de coordenadora de pasta teria autorização da secretária de saúde para falar sobre a gestão municipal em um momento de transição política.

Entendemos esse receio numa chave política: enquanto o município se encontrava em processo de passagem da gestão, no final de 2020, a tensa situação decorrente dos questionamentos de opositores políticos em torno do uso de recursos enviados para o enfrentamento da Covid-19 gerava sentimento de apreensão diante da possibilidade de exposição equivocada das informações. Esse efeito foi solucionado quando passamos a apresentar o TCLE no momento da entrevista, e após o entendimento sobre o uso do material empírico, iniciamos o diálogo. Nessa etapa investigativa, a pesquisa encontrava-se em um momento de incertezas acerca do retorno presencial ou não, tendo em vista a espera (da equipe de pesquisa) das doses de reforço da vacinação e as ditas “ondas” da pandemia.

Diante das limitações metodológicas provocadas pela Covid-19, reduzimos o escopo do estudo, que pretendia inicialmente ouvir usuários/as das UBS e profissionais de saúde e gestão. Desta feita, a discussão deste artigo parte dos relatos das quatro gestoras. Na primeira seção do artigo, abordaremos questões sobre a territorialização da assistência à saúde e a descentralização, para uma compreensão situada das dinâmicas em torno dos serviços em HIV/Aids na UBS Amora<sup>4</sup>. Em seguida, discutiremos o foco na saúde materno-infantil e o lugar que as mulheres e gestantes têm ocupado na experiência local de resposta ao HIV/Aids. Por último, apontaremos, a partir da teoria da sindemia desenvolvida pelo antropólogo médico Merrill Singer (1994), as relações sinérgicas entre as pandemias de HIV/Aids e Covid-19 e suas reverberações para a descentralização da resposta ao HIV/Aids.

---

4 Para garantir o anonimato dos/as interlocutores/as usaremos nomes fictícios, tanto para as pessoas entrevistadas, quanto para as Unidades de Saúde e o bairro.



## A AIDS NO CONTEXTO INTERIORANO: ALGUMAS APROXIMAÇÕES SOBRE A TERRITORIALIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Os estudos socioantropológicos sobre as experiências de descentralização da atenção em HIV/Aids no âmbito da AB têm se concentrado fortemente em grandes centros urbanos, como Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Cuiabá, entre outros (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016; MELO et al, 2022; LA MAISON, 2014). São poucos os estudos que tomam para a análise contextos interioranos e cidades de pequeno porte (TAVARES; MELO, 2018; SILVA; VIEIRA, 2019; TAVARES, 2020; OLIVEIRA; DAMASCENO; MELO, 2021)<sup>5</sup>.

A cidade de Rio Tinto conta com uma população total de 24.258 habitantes (IBGE, 2021) e, com outros municípios limítrofes, conforma o chamado “Vale do Mamanguape”<sup>6</sup>. A cidade está localizada a 64 quilômetros da capital do estado (João Pessoa). O município ocupa o 107º lugar no Índice de Desenvolvimento Humano da Paraíba, pertencendo à faixa mais baixa do indicador no estado. Para além disso, temos ainda a especificidade da UBS se situar numa área de disputa pela terra indígena Potiguara, o que agrega mais elementos para pensarmos a implementação da descentralização no contexto local.

O princípio organizativo da descentralização tem como um de seus fundamentos a dimensão territorial:

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).

A noção de um território adstrito está ancorada no pressuposto de uma aproximação entre os usuários e os serviços de saúde, como forma de melhor conhecer a realidade local e tornar possível o desenvolvimento de ações em saúde voltadas às especificidades concernentes às populações residentes nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). Seguindo essa lógica, é preconizado na PNAB que seja realizado um mapeamento da área adstrita e o processo de cadastramento das pessoas e das famílias residentes nos territórios. Tal processo organizativo busca,

5 Apesar dos estudos mencionados apresentarem experiências de pessoas vivendo com HIV/Aids em municípios interioranos do estado do Rio Grande do Norte em serviços de atendimento especializados que foram implementados nas cidades, ora se voltam para a análise nos SAE, ora apresentam experiências de migração do interior para um grande centro urbano.

6 Vale do Mamanguape diz respeito à região que é perpassada pelo Rio Mamanguape, composta pelos municípios de Baía da Traição, Cuité de Mamanguape, Curral de Cima, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape, Rio Tinto, Marcação, Mataraca e Pedro Régis.



portanto, o reconhecimento dos contextos e as interações produzidas no processo saúde-doença-cuidado em um determinado território e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção a partir de uma perspectiva intersetorial (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Mas de que modo o território é interpretado e produzido no âmbito das relações sociais e nas práticas de saúde envolvendo a epidemia de HIV/Aids?

Ainda na primeira fase da pesquisa (2016-2017), chamou atenção o modo como interlocutores/as apontavam outra área da cidade como um espaço ideal para realizar uma pesquisa sobre o HIV – o que acabou por orientar a definição do território a ser investigado na etapa seguinte da estudo (2020-2021). O Bairro das Flores fora associado nos relatos como o lugar onde seria possível observar questões relativas ao HIV/Aids, por ser uma área considerada vulnerável, devido à prostituição e ao uso de drogas. Somando-se a esse olhar de área dita perigosa e promíscua, tem-se um cenário de disputas pelo reconhecimento do território indígena Potiguara, o que agrega mais elementos para se pensar as linhas de cuidado à saúde no campo escolhido.

Claude Raffestin (1993) e sua “geografia do poder” nos interpelam a atentarmos para as dimensões e determinações políticas que estão incutidas nas relações sociais que são produzidas e que produzem territórios. Essa mirada analítica percebe o espaço e o território como complementares, porém distintos. O espaço é percebido como anterior ao território, uma realidade material dada, já o território seria um produto das interações humanas decorrentes da energia gerada pela força de trabalho em um determinado espaço e pelas significações e pertencimentos atribuídos por indivíduos e grupos sociais diversos – o que o autor chamou de “sistemas sêmicos”.

A analítica proposta extrapola perspectivas fisicalistas, isto é, aquelas que concebem o território apenas por sua dimensão física e espacial. É necessário, segundo o autor, levarmos em consideração as relações de poder que envolvem processos de dominação, de antagonismos de classes, de trabalho, de gênero e estigmatização; e, para além disso, observar as relações dadas pela própria forma como o território é utilizado, expropriado ou ressignificado no interior dos grupos sociais. Há, então, um processo de produção de representações, partindo do Estado, de um grupo social específico ou até mesmo de um indivíduo, que delimitam e criam fronteiras físicas ou sêmicas (a primeira pode produzir a segunda, ou vice-versa), isto é, de sentidos, traçando pontos e delimitando o alcance territorial.

Os elementos destacados pelo autor nos ajudam a compreender as disputas territoriais no Bairro das Flores, à medida em que a organização de ações de prevenção e promoção da saúde passa pelos vínculos e aproximações estabelecidos no território em questão. Outro elemento diz respeito ao bairro ser constituído por terras indígenas em processo de reconhecimento e regulamentação por parte do Estado brasileiro e as disputas decorrentes desse fenômeno.



Passeando pela polissemia do conceito de território, Haesbaert (2004) coloca em evidência um outro elemento a ser considerado: a desterritorialização. Primeiro, o autor nos diz que, se há um processo de desterritorialização, isso ocorre porque há uma representação territorial em curso, que pode se dar por vias subjetivas, coletivas ou reguladas por instituições. Haesbaert critica as perspectivas que tendem a dicotomizar o território. A desterritorialização se dá pelo rompimento definitivo ou temporário do sentimento de pertença de determinado indivíduo ou grupo social quanto às dinâmicas instituídas onde eles se encontram, produzindo fluxos migratórios e cartografias com múltiplas ramificações e possibilidades de (re)existências e multiterritorialidades (HAESBAERT, 2004).

Analisar a descentralização do cuidado em HIV/Aids significa, portanto, reconhecermos as dinâmicas territoriais incutidas na relação entre os usuários, profissionais de saúde, a UBS e outras instituições sociais no Bairro das Flores. Acrescenta-se ainda às reconfigurações do processo de territorialização da atenção à saúde o contexto de “distanciamento social” provocado pela pandemia de Covid-19.

Adotando os termos da Lei Federal 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 e o Decreto do estado da Paraíba de número 40.122 de 13 de março de 2020, a gestão municipal de Rio Tinto decretou, em 17 de março de 2020, uma série de medidas voltadas à prevenção e ao controle da Covid-19 e declarou a situação de emergência em saúde (RIO TINTO, 2020). Versando sobre o cumprimento de isolamento, quarentena, vedação de eventos e de qualquer tipo de aglomeração, o decreto municipal ainda mencionava a suspensão de aulas, de cirurgias eletivas no Pronto Atendimento da cidade, de atividades de grupo nas UBS e de atendimento odontológico (exceto de urgência).

Assim como a pandemia impactou os fluxos no território e a oferta de serviços nas UBS, ela causou limitações ao nosso fazer antropológico, impossibilitando nossa presença na UBS. Apesar dos desafios que se apresentaram, uma etnografia multisituada considera os mais distintos cenários e objetos (CESARINO, 2014) e possibilita uma experimentação da expertise antropológica em contextos adversos, como o que vivenciamos, permitindo-nos integrar ao nosso esforço metodológico distintas técnicas para a condução do trabalho etnográfico. Nesse sentido, realizamos entrevistas semiestruturadas de modo online com gestoras municipais (Coordenadora da Vigilância Sanitária, coordenadora da Atenção Básica, Coordenadora da UBS Amora) e uma gestora estadual (Gerente Operacional de IST/HIV/Aids e Hepatites Virais), bem como visitamos a secretaria municipal de saúde para repactuar o retorno presencial e analisamos protocolos e documentos sobre o manejo do HIV/Aids na AB.

Do ponto de vista dos serviços de saúde constantes no Bairro das Flores, vale ressaltar que, além da UBS tomada como objeto de análise, há uma outra unidade e



um polo do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) que atende a porção do território demarcado como Terra Indígena do povo Potiguara. Muito embora nossa aproximação com o DSEI não tenha sido alcançada, dadas as dificuldades metodológicas mencionadas anteriormente, as gestoras municipais Serena e Luna apontaram alguns elementos sobre a complexa dinâmica envolvendo a saúde indígena e não indígena no local.

Em um primeiro momento, Luna explica que existe uma complicação quando se trata da comunicação entre a AB e o Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), ainda que “hoje já tenha uma comunicação melhor, mas ainda não é tão fácil a interação com a unidade de saúde indígena” e que “muitas coisas ainda são restritas da gente [a AB]”.

Ao dialogarmos um pouco mais sobre essa relação, dessa vez a partir das falas de Serena, compreende-se que a larga concentração de pessoas vivendo no Bairro das Flores, sejam elas indígenas ou não indígenas, bem como o fluxo dos Potiguara entre a UBS e o DSEI informam sobre os entraves no diálogo entre ambos os serviços. A interlocutora aponta que o polo de saúde indígena tem como dever acompanhar apenas pessoas indígenas: “porque têm uns direitos específicos para eles, de ganhar cestas básicas, as vacinas, eles têm que fazer no polo [...] existe também um valor em dinheiro que eles tiram, aí eles têm que ter uma parte no polo, outra parte com a gente também”.

Tal dinâmica parece dificultar o modo de gestão e registro dos usuários que passam pela UBS Amora e que depois vão para a Unidade de Saúde Indígena. Esse processo impacta na meta de exames que a UBS precisa realizar por mês, uma vez que os atendimentos realizados no DSEI não são computados na AB. É possível perceber que a territorialização do cuidado se torna multifacetada e complexa, caracterizada por tensões e dificuldades de respostas programáticas.

O município conta com nove UBS, sendo quatro unidades urbanas e cinco rurais. A unidade Amora, localizada no Bairro das Flores, é classificada pela gestão como UBS urbana, muito embora sua região seja relativamente longe, no que diz respeito ao centro de Rio Tinto.

Do ponto de vista da organização interna da UBS, havia uma separação das linhas de cuidado de acordo com o dia da semana: às segundas-feiras consagram-se à demanda livre, pois, segundo Serena, “aparecia de tudo na unidade”; às terças-feiras, são realizados exames citológicos; às quartas-feiras, exames de pré-natal; às quintas-feiras, puericultura; e às sextas-feiras são os dias reservados ao estudo. Desse modo, é possível perceber uma centralidade na saúde materno-infantil, assim como apontado por Villela e Monteiro (2005). Já os serviços em HIV/Aids não estavam inclusos nesse pacote semanal de ofertas e demandas, sendo separado um dia específico do



mês para a oferta do teste rápido – não excluída a procura espontânea dos usuários.

Serena indica que os agentes comunitários de saúde (ACS) “são a ponte entre a AB e os sujeitos”, e “quando eles dominam o canto deles, o território deles, eles sabem de tudo, até o que não é pra eles saber eles sabem”. Isso inclui as PVHA que não buscam atendimento na UBS Amora. Dadas as limitações metodológicas citadas, não conseguimos dialogar com os/as ACS, mas segundo Serena, era através da rede de contatos dos/as agentes de saúde que comumente a equipe da UBS tomava conhecimento sobre as PVHA e quais sujeitos faziam o uso do medicamento antirretroviral:

Uns é porque a família já comentou, o paciente já falou. Outros, por fofoca, por já saber por terceiros, né... entendeu? Mas a maior que eles sabiam era dos pacientes mesmo, que uns começam a tomar a medicação e aí avisam que... que vai no ônibus, que existe ônibus que a prefeitura paga pra ir de graça pra João Pessoa pros hospitais, aí ele ‘ó, bota meu nome’, ‘por quê? É pra qual hospital?’. Outros nem dizem, a gente nem sabe, talvez conversando com a gente, a gente não vai saber. Mas eles sabiam por isso, ou diziam, ou a mãe comentou algo, pediam pra não falar pra ninguém. (SERENA, ENFERMEIRA, 2021)

Entendemos que o medo da fofoca no bairro, assim como vimos nos achados da fase anterior da pesquisa (SILVA; VIEIRA, 2019), assenta-se na relação de proximidade entre os residentes da comunidade e os profissionais de saúde que moram no local (a exemplo das/dos ACS). Assim, como apontado por Fonseca (2000), a fofoca envolve os relatos de fatos reais ou imaginados a partir de um comportamento alheio, e quando falamos da Aids, não podemos desconsiderar os possíveis efeitos de um imaginário social que é permeado por elementos estigmatizantes.

Entendemos que a fofoca se distribui a partir de dois eixos: no primeiro, ela é perpetuada pelo nível sociodemográfico do município, pois, embora seja territorialmente pequeno, a densa concentração de habitantes coaduna com o ditado de que “todo mundo conhece todo mundo”; e no segundo, no caso da Aids, os imaginários estigmatizantes que circulam sobre as PVHA são associados às imagens discriminatórias e de constante suspeição em relação às pessoas que vivem no Bairro das Flores.

A realização da etnografia também evidenciou a categorização nativa do Bairro das Flores como área de vulnerabilidade, tal como relatado por Luna e por Serena, pois há “muita prostituição, usuários de drogas”. Quando perguntada sobre a localidade com maiores indicadores em HIV/Aids, Luna afirma: “[...] a nossa maior área de vulnerabilidade é nesses lugares. Principalmente, [o bairro]. A gente teve até alguns problemas recentemente, assim, o município mesmo, de tipo, dar uma certa hora e o pessoal já ficar com mais medo de sair de casa.”

A fala da gestora levanta a pergunta: se existe a premissa de vulnerabilidade no Bairro das Flores, por que não há foco em serviços direcionados para HIV/Aids a



fim de impulsionar a procura espontânea dos sujeitos? Acreditamos que essa demanda se interpela com a noção de um território, pois, assim como pontua Serena, “a cidade é pequena” e “acaba sabendo o que cada um faz ou deixa de fazer”. A assertiva de que as pessoas não procuram o serviço devido ao receio da fofoca nos parece orientar certa perspectiva de que não haveria muito o que fazer (na atenção ao HIV/Aids) no âmbito da UBS.

É importante refletirmos ainda sobre os sentidos que a categoria vulnerabilidade acaba assumindo nos discursos apreendidos. Se, na resposta à epidemia, a categoria emergiu como uma reação às terminologias comportamentalistas e individualistas que reforçavam estereótipos e estigmas, como a noção de “grupos de risco” (AYRES et al, 1999), no contexto investigativo aqui tratado, a vulnerabilidade parece ser vista e acionada também de modo semelhante à noção de “risco” que deu a tônica inicial da epidemia no mundo, além de vincular a atribuição de uma responsabilidade extremamente individualista àquelas(es) afetadas/os. Ao trazermos a polisssemia da categoria, não estamos querendo elencar “culpados”, mas, na verdade, demonstrar que, embora a resposta à epidemia tenha avançado em termos biomédicos, há ainda percepções que insistem em perdurar e que acabam se inserindo na AB.

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. Essas questões apontadas pelas interlocutoras quando se referem ao território já apareceram na primeira fase do estudo (SILVA; VIEIRA, 2019), em uma outra unidade do mesmo município, e as respostas que foram colhidas se assemelham com as coletadas na etapa atual. As pesquisadoras apontam que muitos interlocutores, mesmo habitando uma região apartada do Bairro das Flores, o apontavam como um lócus de prostituição, uso de drogas, sexo inseguro e grande em demandas em HIV/Aids. As autoras definem que

[...] muito embora tanto na luta de movimentos sociais quanto na literatura reivindique-se a mudança de abordagem de risco para a noção de vulnerabilidade [...] o imaginário decorrente dessa terminologia insiste em permear falas e práticas de alguns interlocutores (SILVA; VIEIRA, 2019, p. 16).

O que se oferta no Bairro das Flores, em termos de serviços direcionados ao HIV/Aids, são: preservativos, testes-rápidos (especialmente em gestantes) e o encaminhamento para o serviço especializado (em João Pessoa), caso haja a abertura de uma notificação para HIV+.

O apontamento da sorologia, a fofoca, o estigma, tudo se torna uma ferramenta negativa, que gera um entrave para a busca dos serviços no território. Damião et al (2022) apontam que o estigma e a discriminação envoltas no HIV/Aids e

atribuídos às PVHA impulsionam uma repulsa à adesão ao serviço público: um efeito paradoxal, tal qual apontado por Zambenedetti (2014), gerado pelas estratégias da descentralização.

Portanto, no caminhar da pesquisa, identificamos essa particularidade da descentralização em três dimensões: há a descentralização municipal, tendo em vista que o município se encontra longe da área central da capital paraibana; há a descentralização do Bairro das Flores, compreendendo que se encontra separado da zona central da cidade; e há uma forte concentração do cuidado em HIV/Aids, na qual as demandas são direcionadas especialmente para a saúde materno-infantil.

Destarte, há uma complexidade envolta na atenção descentralizada quando aproximada, principalmente, à premissa da territorialização fora da área central do município, como na questão do acesso à UBS. O imaginário social de área periférica (dita perigosa) e de território em constante redefinição, devido à divisão do poder entre caciques do povo Potiguara (PALITOT, 2017), adensam elementos aos olhares de suspeição em torno dos que lá residem.

Para além disso, quando imbricada com novos fatores ocasionados pelo advento da pandemia de Covid-19, tal complexidade absorve novos elementos que dificultam ainda mais a implementação da descentralização, especialmente quando esta foca a atenção em HIV/Aids na saúde materno-infantil, como veremos a seguir.

## **“GESTANTE CONTA MUITO PARA O MUNICÍPIO”**

Ao refletirmos sobre a descentralização da atenção em HIV/Aids em Rio Tinto, nos questionamos: quais os serviços que, de fato, são ofertados na UBS? Para quem as linhas de cuidado são direcionadas? Muito embora os municípios sigam protocolos, portarias, notas técnicas e prerrogativas advindas dos governos estadual e federal, deve-se ter em conta que uma política de saúde ganha contornos a partir da sua implementação e capacidade de ação em contextos locais.

Ainda na primeira fase da pesquisa (2016-2017), em que observamos duas UBS da cidade, a testagem sorológica para HIV em gestantes já aparecia como foco da atenção nos serviços. Resgatando a resposta brasileira do início da epidemia de Aids, em que a mulher não havia sido contemplada pelas políticas públicas de enfrentamento (PARKER; GALVÃO, 1996), o redirecionamento das linhas de ação para o pré-natal se deu como resposta ao avanço da transmissão vertical<sup>7</sup> na década de 1990. Na medida em que a história social da Aids se baseou na estigmatização da

7 Transmissão vertical do HIV ocorre quando uma mulher soropositiva passa o vírus para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação.



transmissão dos chamados “grupos de risco”, durante muito tempo a vulnerabilidade das mulheres (especialmente as que estavam em relacionamentos conjugais heterossexuais) foi negligenciada, a partir de uma pretensa barreira moral e simbólica que “protegeria” a vida conjugal em relação ao HIV (SILVA, 2012). O aumento de casos de HIV+ em mulheres (em idade reprodutiva) e em crianças borrou a proteção imaginária dos relacionamentos estáveis e levou à criação, em 2002, da portaria 2.104, de 19 de novembro, que definiu a testagem sorológica para o HIV e sífilis no início do pré-natal.

Embora a testagem em gestantes seja uma importante estratégia preventiva, é interessante pensar em medidas que possibilitem o diagnóstico precoce dessas mulheres (antes da gravidez), bem como a inclusão de outros usuários/as como alvo de cuidado em HIV/Aids. Outra questão que nos parece pertinente é que, apesar de o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) fundamentar ações na atenção básica, estas se orientam especialmente em torno do planejamento familiar. Corroborando para esse encaminhamento da organização programática a partir do PAISM, não podemos esquecer que o “Programa Saúde da Família” (PSF), como o próprio nome indica, tem como o sujeito a família. A organização das linhas de ações no programa é definida pelos ciclos da vida (PERRUSI et al, 2013): crianças, adolescentes, adultos e idosos. Entretanto, o foco na família se traduz, em termos práticos, na centralização na mãe e nas crianças.

Não é de se estranhar que, dos cinco dias de atendimento semanal na UBS estudada, três sejam dedicados às mulheres, e em especial, à saúde materno-infantil (terça citológico, quarta pré-natal, quinta puericultura). Tendo em vista que, tanto no teste rápido, quanto nas ações do PSF, a assistência à mulher perpassa o diálogo sobre a reprodução, percebemos que a categoria mulher que aparece subjacente no serviço se ancora no papel social de mãe. Para Santos (2005), com o enfoque na mulher como a figura materna, cuidadora da família, corre-se o risco de o sistema de saúde reafirmar o modelo social tradicional que relaciona os serviços para a família como responsabilidade da mulher, “[...] o que representaria um reforço a uma tendência materna na área de saúde” (2005, p. 24).

Para Perrusi et al (2013), ao se abordar as famílias de camadas populares, é lugar comum pensá-las a partir da nuclearização familiar, que por sua vez acaba por focar na maternagem, trazendo em sua esteira uma maior “vigilância sobre a mulher”:

No nível micro, a ênfase na família nuclear é, igualmente, a ênfase no papel da mãe na estabilidade familiar. Já no nível macro, se a família nuclear torna-se fonte da estabilidade social na sociedade, o papel da mãe acompanha esse movimento, virando aliado da estruturação do espaço público (2013, p. 30).



Em termos analíticos, dois elementos, ancorados nesse modelo programático centrado na saúde materno-infantil, parecem atravessar a atenção ao HIV/Aids na UBS. Primeiro, considerando que o foco da testagem em gestantes direciona o cuidado para a saúde reprodutiva, tem-se um forte aliado na prevenção da transmissão vertical. De acordo com o boletim Aids (BRASIL, 2021), a ampliação de diagnósticos em gestantes e a melhoria do acompanhamento preventivo no pré-natal são responsáveis pelo aumento de 30%, no período de dez anos, na taxa de detecção de sorologia positiva para o HIV em gestantes. A testagem em gestantes torna-se um ponto central na atenção básica para inserir a usuária e, quiçá, seu parceiro (profissionais relatam pouca presença deste no serviço) na rede de cuidados. Segundo, apesar disso, tem-se em vista que a centralidade nos testes em grávidas talvez possa reduzir o campo de ação, ou seja, as possibilidades de inserir o diálogo sobre a sexualidade, as práticas preventivas e as infecções sexualmente transmissíveis para outro público (como era feito na UBS o dia D da testagem antes da pandemia do Covid-19 – falaremos sobre isso mais à frente), impactando no alcance da política de descentralização, deixando de fora parte da população assistida na unidade de saúde.

Ao desacoplar a testagem da dimensão sexual e inserir no campo da gestação, o/a profissional de saúde retira o teste rápido do invólucro do estigma e o coloca em um pacote de cuidados. Ainda assim, se por um lado é possível conseguir a aceitação da testagem sem grandes dilemas, por outro, há o receio de anunciar um diagnóstico positivo para o HIV em momento em que se celebra a vida:

Fazer o teste é bem tranquilo, né, eu tenho medo do resultado! Eu que fico tensa. Fazer é muito fácil, você vai furar o dedo do paciente, vai colher com a pipeta, bota lá, fica aguardando naquele momento de tensão pra sair o resultado. Cada um que não dá nada é uma vitória, sempre [...] (SERENA, ENFERMEIRA, 2021).

Mesmo tendo recebido treinamento para fazer o teste rápido e o aconselhamento, Serena tem receio de como a usuária receberá a informação, tendo em vista o preconceito e o estigma em torno da Aids. Somando-se ao imaginário da epidemia, surgem as inseguranças em falar sobre o tema, já que a profissional não se sente totalmente preparada para explicar as formas atuais de resposta ao HIV/Aids: “[...] acho que ninguém tá preparado mesmo pra fazer o tipo de atendimento, precisaria sim de uma reciclagem, bastante”.

A falta de capacitação das equipes remonta a um silêncio, não apenas sobre o HIV/Aids, mas, do mesmo modo, sobre a educação sexual em si. Ora, na medida em que no pré-natal o diálogo perpassa a segurança do bebê, escapa-se da seara da sexualidade (SILVA; VIEIRA, 2019).



Antes da Covid-19, havia, como mencionado, para além da testagem em gestantes, duas outras formas de detecção: a demanda livre de testagem sorológica (pouco procurada) e o dia mensal reservado à testagem. Nesta ocasião, muitas pessoas faziam o teste sem ao menos saber do que se tratava ao certo. Segundo Serena, a busca era, em sua maioria, de pessoas com cerca de 50 anos e que comumente tinham maior cuidado com a saúde, por isso, buscavam fazer todos os exames (para além da sorologia) disponíveis na unidade. Assim, o dia “D” da testagem era uma oportunidade para a profissional falar com usuários/as sobre o assunto; ela ressentia, porém, a baixa procura de jovens.

Com o cancelamento do dia de testagem, o foco voltou a ser exclusivamente na testagem de gestantes no pré-natal. Os motivos do cancelamento foram, sobretudo, o aumento de demandas em decorrência da pandemia da Covid-19 e o aperto orçamentário com o fim do recurso fixo do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica).

No novo modelo de financiamento, intitulado de Programa Previne Brasil, o pré-natal foi mantido como um dos indicadores de qualidade do serviço. Segundo Luna (gestora), os recursos “[...] são calculados por meio da captação ponderada sobre os cadastros dos usuários e dos indicadores de qualidade, dos indicadores mesmo das unidades de saúde”. Isto é, os recursos são variáveis de acordo com os resultados da UBS, mas em um cenário de uma pandemia como a de Covid-19, que se reatualiza a cada momento, manter as metas pode ser um grande desafio. Segundo o relato de uma das nossas interlocutoras, a distribuição orçamentária a partir da meta de testes rápidos no pré-natal fez com que a gestante se tornasse importante para o envio de recursos. Nas palavras de Serena (enfermeira): “Tem meta pra teste rápido em gestante. Mas pra fazer teste rápido, existe meta, mas quanto mais você fizer, melhor pra sua unidade, entendeu?”

Em diversos momentos do seu relato, Serena menciona as cobranças em torno das metas de vacinação, citológico e testagens, e explica como o dia a dia da unidade passa a se organizar para atingir os números e garantir os recursos. Isso nos revela que, na lógica cotidiana da UBS, a oferta de serviços é atravessada por uma hierarquia de demandas tendo em vista a gestão de recursos. Ora, vale salientar que a política de descentralização da atenção em HIV/Aids não escapa a essa dinâmica. Para Luna (gestora), inserir várias frentes de cuidados em um cenário de intenso aumento de demanda para as equipes de saúde não parece tangível: “A cada dia, na verdade, aumenta a questão das responsabilidades de atenção primária, principalmente em relação às doenças crônicas”.

O desafio do momento vivido se espalhou por diferentes frentes em Rio Tin-



to. Em meio à pandemia de Covid-19, à preparação para a transição da gestão municipal em decorrência das eleições de 2020 e ao receio das pessoas em procurarem o serviço (tendo em vista a Covid-19), algumas demandas da UBS passaram para um segundo plano. Além disso, as condições estruturais da UBS inviabilizaram o distanciamento necessário (de acordo com os protocolos de biossegurança de prevenção à Covid-19); logo, boa parte da equipe adoeceu. Devido aos afastamentos de profissionais de saúde com comorbidades e aos adoecimentos, a unidade atuou durante um período com apenas dois profissionais.

Nos três meses iniciais da pandemia (março, abril e maio de 2020), o serviço cancelou consultas, vacinação e puericultura. As atividades ficaram restritas aos casos de pessoas com Covid-19. Nas palavras de Serena: “É porque mudou tudo, né, assim, como eu falei, eles mandaram a gente parar tudo. Parar tudo. Aí parou tudo. O essencial era só o Covid, então a gente ficou só com o Covid. Aí, esse plano de retomada<sup>8</sup> foi retomar o atendimento com hipertenso, diabético, pré-natal”.

Sem a testagem em gestantes e sem a disponibilização de testes rápidos, a atenção em HIV/Aids ficou à deriva. O plano de retomada em setembro de 2020 não incluiu o retorno do dia “D” da testagem (como era feito anteriormente). O medo de usuários/as de irem ao serviço, inclusive gestantes, fez com que a testagem reduzisse. Sobre os atendimentos, Luna diz que “Nesse momento, agora, não tá [sic] sendo prejudicado, a não ser porque algumas pessoas ainda têm um receio maior de procurar unidade de saúde por conta da pandemia. Mas os acessos já foram liberados novamente”.

Serena relatou sua desconfiança de que houvesse subnotificação dos casos de HIV/Aids na área, mesmo antes do Covid-19, tendo em vista o receio de usuários/as em realizar a testagem (em decorrência do estigma da Aids). Embora o nosso material empírico não nos possibilite verificar essa alusão à subnotificação, ponderamos o efeito Covid-19 para um possível aumento da subnotificação, bem como para diagnósticos tardios. Dito isso, problematizaremos a seguir os rebatimentos de uma pandemia sobre outra, a partir da sinergia entre as condições sociais, o acesso à saúde e a territorialização do cuidado.

---

8 Quando perguntada sobre o plano, a interlocutora informou: “nós fizemos um plano municipal, mas de forma interna mesmo, não chegou a ser publicado de forma institucional”.



## SINERGIAS ENTRE A COVID-19, O HIV/AIDS E A VULNERABILIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A descentralização de ações em HIV/Aids é uma estratégia fundamental para a redução das iniquidades em saúde e para a promoção de um cuidado compartilhado e integral das PVHA. No entanto, as dinâmicas que envolvem o processo de descentralização são diversas e multifacetadas, a depender das experiências institucionais, situacionais e locais.

O modelo conceitual da sindemia desenvolvido pelo antropólogo médico Merrill Singer nos parece oferecer uma lente capaz de lançar luz sobre tal complexidade. De acordo com Singer (1994), uma sindemia ocorre quando há interações entre mais de um agente patológico com potencial pandêmico e fenômenos sociopolíticos que acabam produzindo um processo de vulnerabilização da saúde pública. A AB tem sentido esses efeitos, e pudemos perceber isso durante as entrevistas com as gestoras, ao questionarmos sobre o impacto que a pandemia de Covid-19 está exercendo em suas práticas de gestão:

No início, os governos municipais, eles, bem dizer que atravessaram o pior período da pandemia sozinhos. O Governo Federal ainda não tinha um planejamento e o município passou, não só Rio Tinto, mas os municípios de uma forma em geral, atravessaram isso com a cara e a coragem, a gente pode dizer isso. O Governo Federal veio ter uma participação efetiva financeira no momento que o Brasil registrava a queda da curva epidemiológica. Então, no início, a gente teve a dificuldade de não ter EPIs nem pra comprar a preços superfaturados, não se conhecia medicação eficaz, não se tinha recursos previamente aprovados pra isso, e aí nós tivemos que trabalhar com a cara e com a coragem, com a rádio, suportando críticas das mais variadas possíveis, a gente fez, utilizando os meios de comunicação, as unidades de saúde da família, os profissionais de saúde, e aí, foi assim que nós trabalhamos inicialmente (FLORA, GESTORA, 2021).

O depoimento traz à tona os desafios impostos pelo novo cenário pandêmico e evidencia uma política de financiamento deficitária marcada pela redução de repasses por parte do Governo Federal para a implementação de ações de prevenção, tratamento e assistência em saúde. Vale ressaltar que ainda se encontra em curso a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, conhecida como “emenda do fim do mundo” aprovada durante o Governo de Michel Temer, que congelou os gastos em saúde por vinte anos. Somando-se a isso, assistimos a um desmonte da política de HIV/Aids, marcado pela dissolução do Departamento de Aids, que passou a ser “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis” e pela intensificação de discursos conservadores pautados em moralismos religiosos e sem fundamentações científicas como apostas para políticas públicas de saúde (SILVA et al, 2021).



Assim, as repercussões da Covid-19 e os determinantes políticos (PARKER, 2013) tem provocado uma desaceleração na resposta à Aids em âmbito federal, estadual e municipal (PARKER et al, 2020). No contexto da Paraíba e da cidade de Rio Tinto, conseguimos visualizar esses efeitos:

A quantidade de preservativos que nós distribuimos na Paraíba no período de carnaval é de 3 milhões a cada ano. Esse ano, nós recebemos 400.000 para distribuir em toda a Paraíba. [...] Estamos adquirindo muitos outros insumos, pois o quantitativo é muito reduzido. No início do governo de Bolsonaro, tivemos dificuldade para entregar os antirretrovirais por 2, 3 meses, pois algumas pessoas ficam fora por algum tempo e precisam da medicação por um tempo maior que o de 30 dias, e nós tivemos essa dificuldade (ÁGATA, GESTORA, 2020).

Os serviços em HIV foram suspensos também no início da pandemia, a não ser em caso de urgência (LUNA, GESTORA, 2021).

Questionamo-nos sobre quais foram as consequências disso para a territorialização do cuidado em HIV/Aids na ESF, quando o distanciamento social é a principal forma de prevenção e redução da infecção por Sars-Cov-2. As informações trazidas pelas gestoras coadunam ainda com os dados de um levantamento nacional sobre “Os impactos pandemia de Covid-19 nas políticas de Tuberculose e HIV/Aids no Brasil”, organizado pela sociedade civil em parceria com a Articulação Nacional de Luta Contra a Aids (ANAIDS, 2020). Os resultados, que abarcam a percepção de cem gestoras/es, duzentos profissionais de saúde e 550 usuários/as, demonstram uma redução nas testagens para o HIV/Aids, assim como uma diminuição nas equipes técnicas e uma alteração na dispensação de antirretrovirais em alguns estados (ANAIDS, 2020).

A diminuição das testagens, a suspensão de consultas e a redução de profissionais, que acabaram sendo direcionados para as demandas de Covid-19, resultaram em um processo de vulnerabilização na atenção à saúde das PVHA no cenário brasileiro recente (SILVA et al, 2021). Seffner e Parker (2016, p. 294) alertam sobre o “desperdício da experiência” na resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, analisando os processos político-econômicos neoliberais que acabaram sendo inseridos na resposta recente. Os autores alertam ainda que a resposta atual tem sido centralizada em abordagens biomédicas, o que tem alocado as abordagens estruturais em um plano invisível.

Esse fenômeno também tem sido analisado em trabalhos sobre a implementação das tecnologias biomédicas de prevenção e tratamento ao HIV/Aids em João Pessoa/PB (FRANCH, 2021; MATIAS, 2019; OLIVEIRA, 2020). No âmbito da política da AB, o novo modelo de financiamento instituído pelo programa “Previne Brasil” (Portaria MS nº 2.979/2019) modifica as formas de repasses de insumos para os municípios, passando a ser distribuídos e transferidos levando segundo três critérios: “captação



ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas” (BRASIL, 2019). Tal medida governamental torna ainda mais evidente o processo de desmonte da AB em curso. Analisando a implementação do programa, Miranda (2020) aponta para o viés utilitarista e tecnocrático em que a estratégia de financiamento é alicerçada, e conclui:

A nova estratégia institucional não só é incoerente e incompatível com a ABS e o SUS como também induz a desconstituição valorativa de seu ethos social, desvirtuando o sentido polivalente e interdependente de universalidade com integralidade e equidade em âmbitos locais. Deforma as diretrizes estratégicas para a Atenção Integral à Saúde, deslocando o seu âmbito de territórios sociais complexos para serviços; de necessidades populacionais complexas para demandas individualizadas, cadastradas e estratificadas por focalização de vulnerabilidade; subordina o sentido de gestão pública ao entorno tecnocrático de governança clínica; desloca a agregação de valores compensatórios para responsabilidades assumidas e para os processos e resultados de trabalho profissional, de um necessário contrato coletivo abrangente (planos de cargos, salários e carreiras de trabalhadores do SUS) para a particularidade de comportamentos regrados por ‘desempenho’ de equipes (2020, p. 1228).

Aquelas equipes que não se adequam e não respondem aos indicadores estipulados pelo programa ficam subordinadas à restrição de verba para as ações nas unidades, o que pode provocar uma fragilização de demandas específicas e invisibilizar ainda mais a resposta ao HIV/Aids em nível local. O cenário sindêmico descrito intensifica os desafios para a implementação da descentralização do cuidado em HIV/Aids, dificultando sua efetivação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate sobre algumas das dinâmicas incutidas no processo de descentralização do cuidado em HIV/Aids a partir das experiências referentes ao contexto de uma cidade interiorana do Litoral Norte Paraibano, assim como a reflexão sobre as repercussões da pandemia de Covid-19 para tal processo permitem-nos perceber uma complexa malha de fenômenos em constantes interações sinérgicas.

Embora a pandemia do Covid-19 tenha tido uma ressonância negativa em nosso trabalho de campo, nos impossibilitando de acompanhar as relações sociais tecidas nas experiências de profissionais de saúde e de usuários/as dos serviços na UBS objeto da investigação, conseguimos compreender, a partir da percepção das gestoras, e evidenciar fenômenos como o paradoxo que a territorialização do cuidado na AB assume quando se trata das demandas em HIV/Aids, dificultando assim o processo de descentralização da resposta ao HIV/Aids em termos programáticos. Muito embora haja prerrogativas ministeriais e protocolos para o manejo e a prevenção



da infecção na Atenção Básica, os pressupostos organizativos da descentralização esbarram em processos sociais e políticos que impedem sua efetividade. A adstrição territorial característica da AB, quando interpelada pelas especificidades simbólicas e sociais da pandemia de HIV/Aids e pela produção de estigmatizações em decorrência de possíveis “focacas” nos serviços de saúde, se apresenta como um paradoxo imerso na lógica de atenção à saúde.

Além disso, imaginários sobre a Aids, como uma “doença do outro” (KNAUTH, 1999) e como doença característica de grandes núcleos urbanos, parecem escamotear e produzir silenciamentos das experiências de quem vive com vírus na cidade interiorana e no bairro onde a UBS está situada, havendo inclusive hierarquizações e disputas de poder entre as pessoas que vivem no centro da cidade e as que moram no Bairro das Flores. Em decorrência da conformação histórica do bairro, entrecruzam-se processos de discriminação e preconceito contra os/as indígenas que vivem no território e a suspeição sobre o lugar que outrora fora espaço de trabalho sexual.

O foco na atenção materno-infantil e a forma como a ESF aciona a categoria “família” apresentam-se como um elemento também a ser levado em consideração e que informa sobre o lugar que as mulheres, sobretudo gestantes, ocupam na AB.

Soma-se a isso a priorização da resposta à pandemia de Covid-19, que tem impactado a política de HIV/Aids no que se refere às respostas programáticas, além do avanço de agendas conservadoras e processos políticos em torno do desmonte do SUS, como a mudança no financiamento da AB, que pode invisibilizar ainda mais as demandas em HIV/Aids.

Nesse sentido, ponderamos que a PNAB tem sido fragilizada e cooptada por processos tecnocráticos, a exemplo do novo modelo de repasse de recursos para a AB. Os elementos descritos apontam para um fenômeno sindêmico em curso, caracterizado pela sinergia entre as especificidades da resposta ao HIV/Aids em contextos interioranos, complexificado no contexto provocado pela pandemia da Covid-19, e a conjuntura da política de saúde brasileira.

Por fim, ao lançarmos um olhar sobre o processo de descentralização dos cuidados em HIV/Aids na Atenção Básica, partindo de uma abordagem antropológica sobre a saúde, é possível compreender as dinâmicas sociais, culturais e de poder que acabam se inserindo nas lógicas da AB no cenário analisado.



## REFERÊNCIAS

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

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A AÍDS (ANAÍDS) et al. **O impacto da COVID-19 nas Políticas de Tuberculose, HIV e Aids**: um levantamento da SC brasileira em alinhamento com o Relatório de Progresso do Secretário Geral da ONU para a TB e suas recomendações. [online, s. l., s. e.] Out. 2020. Disponível em: <<https://anaidsbr.files.wordpress.com/2020/10/nota-o-impacto-da-covid-19-nas-politicas.pdf?fbclid=IwAR1zGHsu2wlm9BlhSMBorbAnDaBxSOxUchFTBZmLK97q3z3lXCyQL-jWvOAs>>. Acesso em: 19 set. 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

BRASIL (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde). **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021**. Brasília, número Especial, dezembro de 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2022.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.979 GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 220, p. 97-99, 13 nov. 2019.

BRASIL (Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais). **Caderno de Boas Práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/cadernode-boas-praticas-em-hivaids-na-atencao-basica>>. Acesso em: ago. 2018.

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 de Saúde, 2012. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html)>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica). **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CESARINO, Letícia. Antropologia multissituada e a questão da escala: reflexões com base no estudo da cooperação sul-sul brasileira. **Horizontes Antropológicos** [online], Porto Alegre, v. 20, n. 41, p. 19-50, jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.15406/horizontes.v20n41.1111>>.



[org/10.1590/S0104-71832014000100002](http://org/10.1590/S0104-71832014000100002)>. Acesso em: 10 mar. 2022.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, p. 163-174, jan./mar. 2022.

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

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

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.

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

LA MAISON, Carolina. **Vulnerabilidade programática ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá**. 2014. 151 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

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

MATIAS, Wertton Luís Pontes. **Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica ao HIV: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social**. 2019. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.

MELO, Eduardo Alves et al. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, dez. 2022. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1590/cuidado-de-pessoas-vivendo-com-hiv-na-atencao-primaria-a-saude-reconfiguracoes-na-rede-de-atencao-a-saude>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública** [online], Washington, D.C., v. 42, e. 151, p. 1-5, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MIRANDA, Alcides Silva de. focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. **Saúde em Debate** [online], Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1214-1230, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kNjX4yh5J->



3DRKPCVHZkfyVN/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/#>>. Acesso em: 12 jun. 2022.

OLIVEIRA, Geise dos Reis Ferreira. **Indetectável=Intransmissível na ponta do serviço?** Estudo antropológico sobre do Tratamento como Prevenção (TcP) no Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga em João Pessoa/PB. 2020. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020.

OLIVEIRA, Thiago de Lima; DAMASCENO, Éverson de Brito; MELO, Lucas Pereira de. Viver com HIV/Aids em contextos descentrados: articulações e modos de pensar (em torno de) subjetividades políticas. **Cadernos Pagu** [online], Campinas, n. 62, p. 1-17, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/zh7NZcpS9wTGPMcJg8dtgvD>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

PALITOT, Estêvão Martins. Os Potiguara de Monte-mór e a cidade de Rio Tinto: a mobilização indígena como reescrita da história. **Revista de Estudos e Investigações Antropológicas**, Recife, ano 4, v. especial 2, p. 191-215, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/reia/article/view/230057/28987>>. Acesso em: 25 mar. 2022.

PARKER, Richard. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S. (Org). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PARKER, Richard et al. **AIDS e COVID-19: o impacto do novo coronavírus na resposta ao HIV**. Rio de Janeiro: Publicações ABIA, 2020. Dossiê Abia: HIV/Aids e Covid-19 no Brasil.

PARKER, Richard; GALVÃO, Jane. **Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

PERRUSI, Artur et al. **Mapeamento e identidade do profissional do PSF na cidade de João Pessoa**. Relatório Final de Pesquisa. [UFPB: João Pessoa], 2013.

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

RIO TINTO. Decreto municipal nº 25/2020. **Boletim oficial do município**: Rio Tinto, ano 21, n. 113093/02, 17 jul. 2020. Disponível em: <<https://www.riotinto.pb.gov.br/decretos.php?id=1910>>. Acesso em: 19 set. 2022.

SANTOS, Dayse Amâncio. **Programa Saúde da Família: família é assunto de saúde?** 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface** [online], Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, abr./jun. 2016. Disponível em: <<https://www>.



[scielo.br/j/jicse/a/MTZ5T7N97xXVjcGX5qxWsPh](https://scielo.br/j/jicse/a/MTZ5T7N97xXVjcGX5qxWsPh)>. Acesso em: 30 mai. 2021.

SEGATA, Jean; RIFIOTIS, Theophilos. **Políticas etnográficas no campo da cibercultura**. Brasília: ABA Publicações; Joinville: Editora Letradágua, 2016.

SILVA, Luziana M. F. **Fazendo a diferença: as dinâmicas de conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS**. 2012. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SILVA, Luziana. M. F. et al. Jogos de Espelhos? Pensando sindemicamente o HIV/AIDS e a COVID-19. In: SOUZA, Alessa C. P. et al (Org.). **Compartilhando saberes: Etnicidade, saúde e produtividade acadêmica em tempos de pandemia**. 1ª ed. João Pessoa: Editora do CCTA, 2021. Volume 1. P. 141-162.

SILVA, Luziana. M. F.; VIEIRA, Melba. Caminhos e descaminhos do HIV/Aids na atenção básica: investigando os serviços de saúde em Rio Tinto. In: HELENO, Edilane de Amaral et al (Org.). **A Pesquisa na universidade necessária**. 1ª ed. João Pessoa: Editora UFPB, 2021. Volume 1. P. 213-222.

SILVA, Luziana M. F.; VIEIRA, Melba. (Re)pensando o HIV/Aids: novas respostas, velhos dilemas. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 8, p. 11168-11188, 2019. Disponível em: <<http://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/issue/view/63>>. Acesso em: 19 set. 2022.

SINGER, Merrill. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. **Social Science & Medicine**, Oxford; New York, v. 39, n. 7, p. 931-48, oct. 1994.

TAVARES, Thaís Raquel Pires. **Em posse de um segredo que não era meu: silêncios e segredos em torno do viver com HIV/AIDS no sertão nordestino**. 2020. 132f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande Do Norte, Natal, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/30740>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

TAVARES, Thais Raquel Pires; MELO, Lucas Pereira de. ‘A gente vive em cima da corda bamba’: experiência de profissionais da saúde que trabalham com o HIV/aids em uma área remota do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/W8Y-vr5JcG8qDvm5zRYw8dMr/>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. **Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. São Paulo: Arbeit Comunicação, 2005. Realização Abrasco e UNFPA. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2022.

ZAMBENEDETTI, Gustavo. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização da Aids na atenção básica em saúde**. 2014. 267 p. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

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.org/10.1590/S0103-83032016000300007>>.



[org/10.1590/S0103-73312016000300005](https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005)>. Acesso em: 20 set. 2022.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Roseane Alves Azevedo da. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia** [online], Natal, v. 20, n. 4, p. 229-240, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

Recebido em: 31/03/2022

Aceito para publicação em: 27/07/2022

