

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

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

RESUMO

Neste artigo discutimos como as linhas de cuidado em HIV/Aids na Atenção Básica se realizam (ou não), levando em consideração na análise, a prerrogativa do processo de descentralização da Atenção em HIV/Aids assumida pelo Sistema Único de Saúde (SUS/Portaria Nº 77 de 12 de janeiro de 2012). Nos apoiamos em dados etnográficos reunidos entre os anos de 2020 e 2022 a partir de uma abordagem multissituada com foco nas experiências de cuidado em HIV/Aids na cidade de Rio Tinto (Paraíba, Brasil). O esforço antropológico contemplou o ponto de vista de gestoras municipais, profissionais, e usuárias dos serviços de saúde da Atenção Básica, registrados e analisados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas de modo online em plataforma digital de videoconferência (no período pandêmico) e presencial, além de observações etnográficas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade. A análise se debruça sobre as dinâmicas da territorialidade da atenção em HIV/Aids e as narrativas de profissionais de saúde, de gestores e de duas mulheres vivendo com HIV. Apesar das intempéries surgidas por consequência da pandemia de Covid-19, os resultados encontrados apontam para um silenciamento em torno do HIV no contexto interiorano e para os desafios na implementação e efetivação do manejo do diagnóstico, aconselhamento e acompanhamento pela via da Estratégia de Saúde da Família (ESF), emaranhadas em processos de estigmatização que se inserem na relação entre interioridade, territorialidade, soropositividade e relações de gênero.

Palavras-chave: HIV/Aids. Descentralização. Interioridade. Territorialidade. Atenção Básica em Saúde.

Francisco Paulino de Oliveira Neto

Mestrando em Antropologia no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE). Bacharel em Antropologia pelo Centro de Ciências Aplicadas e Educação da Universidade Federal da Paraíba (CCA/E/UFPB). Membro do Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1149-0685>. E-mail: francisco.oneto@ufpe.br.

Luziana Marques da Fonseca Silva

Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais do Centro de Ciências Aplicadas e Educação da Universidade Federal da Paraíba (CCA/E/UFPB) e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba (PPGA/UFPB). Vice-líder do Grupo de Pesquisas em Saúde, Sociedade e Cultura (GRUPESSC/UFPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6596-2636>. E-mail: luzianas@gmail.com.

ABSTRACT

In this article, we discuss how the lines of HIV/Aids care in Primary Care are carried out (or not), taking into account in the analysis the prerogative of the process of decentralization of HIV/Aids care assumed by the Unified Health System (SUS/ Ordinance No. 77 of January 12, 2012). We rely on ethnographic data gathered between the years 2020 and 2022 from multi-sited approach focusing on the experiences of the health-disease-care process in HIV/AIDS in the city of Rio Tinto (Paraíba, Brazil). The anthropological effort included the point of view of municipal managers, professionals, and users of Primary Care health services, recorded and analyzed from semistructured interviews carried out online on a digital videoconferencing platform (during the pandemic period) and in person, in addition of ethnographic observations in two Basic Health Units (UBS) in the city. The analysis focuses on the dynamics of territoriality of attention in HIV/AIDS and the narratives of healthcare professionals, managers, and two women living with HIV. Despite the hardships that arose as a result of the Covid-19 pandemic, the results found point to a silence around HIV in the interior context and to the challenges in implementing and carrying out the management of diagnosis, counseling and monitoring through the Health Strategy. Family Health (ESF), entangled in processes of stigmatization that are part of the relationship between interiority, territoriality, seropositivity and gender relations.

Keywords: HIV/Aids. Decentralization. Interiority. Territoriality. Primary Health Care.

Introdução

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

Caminhando em direção à quinta década, a onda contemporânea da epidemia tem sido marcada pelo discurso global em torno do “fim da Aids” (Parker, 2015). Em parte, esta narrativa está ancorada em uma visão otimista e no reconhecimento dos avanços biotecnológicos ao longo das últimas décadas nos campos da prevenção e do tratamento para a redução, controle da infecção por HIV e para a melhoria da qualidade de vida das PVHA. No campo da prevenção, tratando especialmente do cenário brasileiro, podemos fazer referência à inserção das Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP) e o Tratamento como Prevenção (TcP) na variedade de

estratégias biomédicas adotadas no âmbito da Política de Prevenção Combinada do HIV. Tais estratégias não são ofertadas nas redes de serviços de saúde municipais de forma idêntica e dependem da forma como são organizadas as linhas de cuidado em cada município. Dito de outra forma, PrEP, PEP e TcP na Atenção Primária à Saúde (APS) não são ofertadas na rede de serviços de saúde de Rio Tinto, embora possam ser ofertadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de outras cidades brasileiras. Essas diferenças municipais na oferta dos serviços, nos indicam contornos que podem impactar diretamente no acesso da população aos avanços biotecnológicos no campo da Aids.

Nos anos iniciais da epidemia, o foco do cuidado e tratamento direcionados às PVHA se concentrava, sobretudo, nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) (hospitais especializados e centros de referência). No contexto presente, a vivência com HIV/Aids, marcada pela experiência contínua e de longa duração envolvendo a Terapia Antirretroviral (TARV), passou a ser tratada enquanto uma condição crônica pelos serviços de saúde (Hoffmann; Rockstroh; Kamps, 2006). Tal processo demandou uma readequação da atenção à saúde em HIV/Aids. O Ministério da Saúde (Brasil, 2012, 2014) passou então a recomendar e estimular ações articuladas entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), estas conceituadas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010).

A organização em Redes representa uma passagem do modelo hierárquico para um modelo poliárquico, desenhado e projetado de modo a horizontalizar as relações entre os níveis de atenção à saúde. A diferença entre as Redes se dá no nível da densidade tecnológica e dos sistemas de apoio a partir do desenvolvimento de ações que devem ser planejadas e coordenadas entre si (Mendes, 2011, p. 83) e a Atenção Básica está no eixo central da estrutura organizacional e operacional¹.

Ao se aproximar da quinta década, a epidemia de HIV/Aids configura-se como um fenômeno multifacetado, que pode ser compreendido como um problema complexo de saúde pública. Nos últimos anos, esse avanço biotecnológico nos campos da prevenção e do tratamento tem proporcionado melhorias nas estratégias preventivas e na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). No Brasil, esse cenário em transformação tem sido acompanhado por um processo de reconfiguração da Atenção em HIV/Aids, anteriormente centralizada nos Serviços de Atenção Especializada (SAE), direcionando-se para a criação de linhas de cuidado descentralizadas.

¹ Em se tratando do lugar da resposta ao HIV nas RAS e tendo em vista a premissa de que a Atenção Básica é a “porta de entrada” dos usuários nos serviços de saúde, a partir da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), que dispõe sobre incorporação da realização de testes rápidos nas UBS e da elaboração de diretrizes e orientações ministeriais voltadas a gestores e profissionais de saúde, sobre o manejo, acompanhamento e aconselhamento dos usuários vivendo com HIV pela Atenção Básica (Brasil, 2014) a Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a assumir uma nova responsabilidade e ocupar um lugar importante na resposta programática à epidemia (Melo; Maksud; Agostini, 2018). Esses são marcos do esforço em torno da estratégia de descentralização da atenção em HIV/Aids no Brasil.

A prerrogativa ministerial de descentralização do cuidado em HIV/Aids, a partir da Portaria Nº 77 de 12 de janeiro de 2012 e de manuais voltados aos profissionais de saúde, desencadeou um novo fluxo de ações, em que a Atenção Básica passou a assumir novas demandas em relação ao diagnóstico, aconselhamento e acompanhamento das condições de saúde relativas ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde – UBS (Brasil, 2012; Brasil, 2014). Ancorando-se na territorialidade da atenção à saúde, a estratégia de descentralização implicou em uma nova adequação das pessoas aos serviços, tanto em nível profissional e de gestão, quanto do ponto de vista da experiência dos usuários. Se por um lado, a estratégia prevê a integralidade do cuidado das PVHA em seus territórios, por outro lado, podemos questionar: Diante de uma epidemia cuja história social é perpassada pelo estigma e desigualdades estruturais (Galvão, 2000), quais as implicações e desafios para a implementação desta política pública de saúde?

Neste artigo, que é um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso do primeiro autor (Oliveira Neto, 2023), orientado pela segunda autora, discutiremos esse fenômeno a partir da análise de dados etnográficos de uma pesquisa sobre a experiência de descentralização da atenção em HIV/Aids na Atenção Básica da cidade de Rio Tinto, Paraíba, Brasil². Como apresentamos e discutimos em outro texto (Silva; Oliveira Neto; Moraes, 2022), ainda são incipientes os estudos que desenvolvem análises antropológicas sobre o fenômeno da descentralização em HIV/Aids na Atenção Básica em contextos interioranos, ou seja, que tratem de experiências de políticas públicas de saúde em HIV/Aids fora dos eixos dos grandes centros urbanos. Verificamos uma maior concentração de produções sobre o tema enfocando as experiências em capitais, como Rio de Janeiro (Damião et al., 2022) e Porto Alegre (Zambenedetti, 2014), e exceto o estudo de Santos & Zambenedetti (2023) que ocorreu na Atenção Básica de um município do sudeste do Paraná, nas poucas produções que se voltam para cenários interioranos, as análises estão direcionadas aos Serviços de Atenção Especializada (Tavares, 2020; Oliveira; Damasceno; Melo, 2021), o que justifica a pertinência de mais análises direcionadas para a Atenção Básica.

A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB (Brasil, 2012), prevê em suas diretrizes infra estruturantes e de funcionamento, a gestão de ações nas UBS e territórios onde as populações estão situadas. Nessa infraestrutura, é preconizada a organização de equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais) para atuarem a partir das realidades locais e as condições de saúde dos sujeitos. As ações previstas pela política incluem a definição dos territórios e populações de atuação das equipes de saúde, o desenvolvimento e programação de ações voltadas às necessidades das populações residentes nos territórios adscritos, o desenvolvimento de ações específicas direcionadas às populações mais vulneráveis e que apresentam fatores de risco, aconselhamentos e escutas qualificadas, implementação de ações de educação em saúde, planejamento de ações intersetoriais e a realização de atenção domiciliar dos usuários da Atenção Básica.

² Projeto de Iniciação Científica aprovado pela Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (PROPEAQ/UFPB).

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, 2012, p. 20).

As reflexões acerca dos imbricamentos entre a história social da Aids e ações territorializadas nos provocou a pensarmos: em que medida os profissionais passaram a lidar com uma condição de saúde que até então era restrita a especialistas? Como estes são afetados e atribuem/reproduzem sentidos e significados a essa nova demanda em um contexto marcado por uma condição interiorana? Interessou-nos ainda pensar sobre o modo como a gestão municipal organiza os fluxos das ações em HIV/Aids nos territórios adscritos às UBS, às experiências de PVHA nestes territórios e à produção/reprodução de moralidades. Todo esse processo passa pela mediação e interlocução com profissionais, que na maioria das vezes, residem nos próprios territórios nos quais desenvolvem seu exercício profissional. Aqui cabe mais alguns questionamentos: quais as implicações desta lógica territorial para a resposta ao HIV/Aids via Atenção Básica, especialmente quando tratamos de contextos fora dos grandes centros urbanos? Quais os entraves para a integração das PVHA no processo de aconselhamento, acompanhamento e assistência?

Em uma etapa inicial deste estudo, conduzida pela segunda autora e outra pesquisadora, entre 2016 e 2017³, a partir de trabalho de campo realizado em duas UBS da cidade de Rio Tinto (Paraíba), foi identificada a invisibilidade do HIV/Aids. A discussão só emergia nos momentos de testagens do pré-natal, ou quando as pesquisadoras questionavam sobre o tema (Silva; Vieira, 2019). Além disso, durante as entrevistas com profissionais de saúde das UBS, percepções correlacionando o HIV com a homossexualidade, promiscuidade e prostituição se mostraram presentes no imaginário social de um número expressivo das(os) interlocutoras(es). Foi também nessa primeira fase que uma das UBS, considerada na análise da presente discussão, foi apontada como “o lugar onde encontraríamos HIV/Aids”, por estar situada em uma área caracterizada por intenso fluxo de prostituição e uso de drogas.

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

³ Projeto de Iniciação Científica (2016-2017).

atenção em HIV/Aids e da política nacional de HIV/Aids de modo mais abrangente e cruzamos com os dados obtidos nas interlocuções realizadas.

Na primeira seção do artigo, descrevemos o esforço metodológico empreendido, refletindo acerca dos impactos da pandemia na pesquisa e no campo e as estratégias adotadas para alcançar os objetivos propostos. Na segunda seção, discutimos as implicações da interioridade para a implementação da política de descentralização do HIV/Aids. E por fim, analisamos as linhas de cuidado em HIV a partir das experiências de uma agente comunitária de saúde (ACS) e de duas PVHA.

Da pesquisa in loco à pesquisa no “distanciamento social” e vice-versa: (re) pensando e (re)organizando práticas etnográficas

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

Realizado entre 2020-2022, o estudo – em sua formulação projetual inicial, havia sido pensado com vista ao acompanhamento presencial do cotidiano nas UBS Amora e Tulipa (situadas nos Bairros das Flores e das Camélias)⁵ – foi atravessado pela Emergência de Saúde Global provocada pelo vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19, declarada como Pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 11 de março de 2020 e que perdurou até 05 de maio de 2023, data da declaração do fim da Emergência.

Apesar dos desafios que se apresentaram por consequência do contexto pandêmico, a orientação etnográfica multissituada e o esforço teórico metodológico adotado permitiram a integração de distintas técnicas durante a condução da prática de pesquisa, como o uso de ferramentas digitais, documentos e discursos produzidos em contextos e situações diversas (sejam em níveis localizados ou com uma amplitude global), eventos, conversas informais, além de observações etnográficas (realizadas após liberação do isolamento pandêmico) nas Unidades Tulipa e Amora. Assim, seguimos o fenômeno social a partir de distintos pontos que estabelecem conexões (Marcus, 1995).

Nesse sentido, partimos de uma abordagem qualitativa em saúde, por permitir a compreensão aprofundada do modo de vida das pessoas e das relações sociais estabelecidas entre grupos e instituições, de forma aberta e reflexiva (Victora, Knauth e Hassen, 2000, p. 39). Alinhado a esse entendimento, e integrado a uma orientação

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

5 Os nomes das UBS, bairros e das pessoas participantes da pesquisa foram substituídos por designações fictícias, a fim de resguardar suas identidades.

etnográfica multissituada (Marcus, 1995), tivemos acesso aos pontos de vista de gestoras(es), profissionais de saúde (agentes comunitárias(os), enfermeiras, médica) e usuárias dos serviços que vivem com HIV/Aids. Neste trabalho, analisamos os dados de sete entrevistas semiestruturadas realizadas em diferentes formatos, desde o diálogo via plataforma digital (no auge da pandemia de covid), até presencialmente na UBS e nas casas de mulheres vivendo com HIV (durante acompanhamento de visita domiciliar com ACS). As entrevistas incluíram três gestoras (Serena, enfermeira que, à época da pesquisa, atuava como coordenadora da UBS Amora; Luna, coordenadora da Atenção Básica do município; e Flora, coordenadora municipal de Vigilância em Saúde), duas profissionais de saúde (Estela, médica da UBS Amora, e Íris, Agente Comunitária de Saúde da UBS Tulipa), além de Melissa e Marjorie, duas mulheres vivendo com HIV/Aids e residentes nos territórios adscritos às respectivas UBS.

A escolha por incluir as experiências e percepções desse conjunto de participantes ocorreu de modo relacional e por indicação, considerando as possibilidades que se apresentaram ao longo do trabalho de campo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob o número CAAE 30909220.8.0000.5188.

As entrevistas aconteceram em distintos momentos do marco temporal da execução da pesquisa. Destacamos que, no tempo corrente da pesquisa ocorreram as eleições municipais em novembro de 2020, tendo sido eleita uma nova gestão para a administração pública da cidade de Rio Tinto, o que ocasionou também uma transição de gestores e profissionais de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, logo, os relatos a serem expostos nos tópicos seguintes, fazem referência a passagem de uma gestão para outra.

Entre 2020-2021 as entrevistas se deram prioritariamente de forma online em plataforma digital de conferência (*Google Meet*) e foram pactuadas através de serviços de ligação, conversas via *WhatsApp* e envio de e-mails convidando para participação do estudo. Durante o contato e nas entrevistas, apresentamos e explicitamos os objetivos da pesquisa, assim como fizemos uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir de 2022, após observarmos uma queda nos índices de infecção por Covid19 e seguindo os protocolos de biossegurança, iniciamos o trabalho de campo presencial, com observações etnográficas nas duas UBS e acompanhando a Agente Comunitárias de Saúde (ACS) Íris em seu território de trabalho durante algumas visitas domiciliares. Durante o trabalho de campo presencial, algumas entrevistas presenciais com profissionais de saúde e usuárias(os) foram oportunizadas e realizadas nas próprias UBS e nas casas das usuárias, estas últimas sempre mediadas pelas(os) ACS. O acompanhamento das visitas domiciliares, nos permitiu entender algumas dinâmicas do contexto interiorano, conforme discutiremos a seguir.

Aids e interioridade: o processo saúde-doença-cuidado além do “centro”

Nas últimas décadas os indicadores epidemiológicos de HIV/Aids vêm registrando uma transformação no perfil das populações afetadas pelo HIV/Aids que historicamente esteve atrelado aos chamados “grupos de risco”: homossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH), travestis e transsexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis. Os dados vêm apontando para processos de interiorização, pauperização, feminização, heterossexualização e racialização da epidemia (Reis et al., 2008; Duarte e Rohden, 2019; Brasil, 2022). Dito isto, pensemos sobre o primeiro processo mencionado e o que mais se relaciona com o tema tratado neste artigo. De modo simplificado, a interiorização se refere a um registro do aumento de casos da infecção por HIV/Aids em lugares que não são as grandes cidades, ou seja, sem altos contingentes populacionais.

Seguindo esta problemática, a estratégia de descentralização da atenção em HIV/Aids pela Atenção Básica é uma forma de responder ao fenômeno, tendo em vista a capilarização do nível de atenção que é preconizado pela política. Para além dos números, há que se levar em conta também, as dinâmicas sociais que repercutem nesse processo. Tomamos aqui, a interioridade, proposta por Domingues e Gontijo (2021), como categoria útil e um dos eixos de ligação para refletirmos acerca do nosso contexto etnográfico, entendendo que, conforme propõem os autores:

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

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

O interior carece de análises a partir das situações e dos contextos próprios, pois não está dado que a experiência urbana é uniforme e singular, cabendo, logo, questionar se as categorias pensadas a partir da e para a metrópole e os grandes centros urbanos conformam

aquilo que se conhece como interior – e cabe ainda refletir sobre como o interior impinge na metrópole, reelaborando-a, ressignificando e transformando as suas formas de se constituir como tal. (Domingues; Gontijo, 2021, p. 63).

Levando em consideração as proposições de Domingues e Gontijo (2021), o contexto da cidade de Rio Tinto pode ser marcado e evidenciado por seu processo de industrialização (em meados do século 19) perpassado por contradições, conflitos territoriais e mobilizações étnicas a partir da chegada e implantação da Companhia de Tecidos Lundgren (nome da família sueca comumente referenciada como sendo fundadora da cidade) e o impacto para a população indígena Potiguara da Paraíba que habitava/habita o território. Embates políticos permearam e permeiam até hoje a história da constituição da cidade e a disputa por territórios, perpassando desde discursos saudosos daqueles(as) que trabalharam na fábrica de tecidos e os aspectos positivos disso no que se refere ao “desenvolvimento” econômico da cidade, até questões relativas à exploração da mão-de-obra de trabalhadores indígenas e não indígenas, acesso à moradia e a processos de escravização cometidos pelos donos da fábrica e a influência da família Lundgren no Vale do Mamanguape (Palitot, 2017).

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

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

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

É o seguinte, sobre o HIV, como todo mundo sabe, lá na unidade [se referindo a UBS Amora, Bairro das Flores], quando eu fui trabalhar, disseram a mim que existia uma demanda muito alta lá, por ser um local muito vulnerável, que tem muita droga, muita gente que bebe também, entendeu? E também é um meio de

prostituição lá. Na verdade, dos testes rápidos que eu fazia no tempo em que eu estava lá, eu peguei acho que três pacientes, pra você ver como o povo omite em procurar a saúde. Eu sabia de pessoas, mas eu não podia falar, porque eu não podia chegar pra ela e dizer que eu sabia, porque eu podia fazer o constrangimento, né? Eu sabia de pessoas que iam, pegavam a medicação no Clementino [Hospital de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, João Pessoa], fazem tratamento, vivem normal, tem gente até que a gente duvida, “não acredita que Fulano tenha”, não tem, porque, quando começou tratamento e tal, ele teve que vir pra cá, mas já tem tantos anos, ele não bota nem os pés na unidade, né, mas eu sabia que ele tinha, mas não procura a unidade, não sei se é por vergonha, por medo, por alguém saber e sair espalhando, coisas que eles querem privar a identidade deles. E, desses que faziam, o povo já sabia mesmo, assim, “não, esse daí é”, “vai fazer e vai dar positivo”. Até tipo de sífilis, lá tem muita, só quando as meninas, quando vai pro médico que mostra, é mais no pré-natal, aí descobre, né. (Serena, enfermeira e ex-coordenadora da UBS Amora. Entrevista realizada no dia 06 de Abril de 2021).

Na literatura antropológica sobre a cidade, encontramos menções ao histórico envolvendo a atividade de trabalho sexual no território (Palitot, 2017, p. 18), no entanto, no decurso da pesquisa, não conseguimos acompanhar de forma aprofundada esse aspecto (se o fluxo se mantém, se apresenta variações ou se ficou como uma marca na história do bairro). O relato de Serena abre margem para refletirmos acerca de muitas questões, dentre elas, sobre os sentidos que a categoria “vulnerabilidade”, atrelada ao território e as pessoas que lá vivem, acaba assumindo nas práticas de gestão do cuidado em HIV/Aids no contexto etnográfico em questão. A categoria surgiu como uma resposta às terminologias pautadas em perspectivas individualistas e comportamentalistas que produzem preconceitos e estigmas, como a noção de “grupos de risco”. A ideia de “grupos de risco” desencadeou uma série de violências e discriminações contra pessoas LGBT [atualmente a sigla adequada é LGBTQIAPN+], impactando e dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde. Com a mobilização política e crítica da sociedade civil, movimentos e pesquisadores articulados em defesa dos direitos humanos das PVHA, a categoria epidemiológica de grupos de risco foi substituída pela de vulnerabilidade (Ayres et al., 1999). No entanto, na fala da ex-gestora da unidade, a vulnerabilidade aparece quase como sinônimo da noção de “risco” que proliferou pânico morais nos anos iniciais da epidemia: “[...] tem muita droga, muita gente que bebe também, entendeu? E também é um meio de prostituição lá [...]”. Para além disso, atribuiu a responsabilização individual (mascarada por uma relativa autonomia) àquelas(es) que são/foram afetadas(os): “[...] mas não procura a unidade, não sei se é por vergonha, por medo, por alguém saber e sair espalhando, coisas que eles querem privar a identidade deles [...]”. A autonomia dos usuários para escolher em que serviços de atenção à saúde serão atendidos é

ênfatizada por Luna (ex-coordenadora municipal da Atenção Básica) e por Flora (ex-coordenadora municipal da Vigilância em Saúde):

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

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

Tendo a dimensão de que o território apresenta uma maior vulnerabilidade ao HIV/Aids, vale questionarmos o porquê de não haver ações mais direcionadas ao problema, para além da possibilidade de realização de testes rápidos. O fato da atenção em HIV estar unicamente centrado na testagem – e mais ainda, que no cotidiano do serviço, a oferta ocorre, sobretudo, no pré-natal – inserindo-se o teste rápido na lista de exames do pré-natal, sem que isso implique no diálogo sobre a sexualidade ou aconselhamento sobre medidas preventivas. Segundo Santos & Zambenedetti, 2023), na política de Aids, há variações no grau de descentralização de acordo com a “estratificação de risco”, o que acaba por definir a extensão da oferta de serviços (testes, PEP, acompanhamento das PVHA). De acordo com o Boletim Epidemiológico emitido pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB), entre os anos de 2019 e 2022 foram registrados 2.709 casos de HIV e 1.182 casos de Aids no estado da Paraíba (Paraíba, 2022a)⁶. No último Boletim divulgado em 2024, 781 novos casos foram diagnosticados no estado. Se olharmos para a realidade de Rio Tinto de maneira situada, a partir das falas das profissionais de saúde e gestores, a área em que as duas unidades de saúde estão localizadas é percebida como região com maior vulnerabilidade (voltaremos a essa questão mais à frente) do município. Essa atribuição alcança desde dimensões socioeconômicas, até a violência ao HIV. Entretanto, se pensarmos a partir da incidência do total de 10 casos notificados na cidade entre os anos de 2023 e 2024 (6 de HIV e 4 de Aids), o município possivelmente não estaria em um grau de alto risco na estratificação mencionada por Santos e Zambenedetti (2023). Dito isso, a partir da política de descentralização, esta não seria uma região que demandaria uma ampla oferta do serviço.

⁶ Tratando da diferença entre HIV e Aids, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida) é o estágio infeccioso em que o vírus se insere no sistema imunológico podendo vir a causar (ou não) o adoecimento por Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), processo caracterizado pela fragilização das células de defesa do sistema imunológico tornando o organismo vulnerável a doenças oportunistas.

A situação de Rio Tinto parece apontar para um dos desafios da atenção em HIV, que é criar estratégias locais dentro de uma política dimensionada a partir de grandes centros. Para além disso, outro elemento que pode dificultar a implementação da descentralização, se refere ao contrafluxo dos casos confirmados nas testagens realizadas na capital, João Pessoa. Segundo a gestão de saúde local, devido a necessidade de sigilo do diagnóstico, as equipes das UBS não são informadas sobre as PVHA na área, o que dificulta o acompanhamento da situação dos usuários. Aliás, no olhar de uma das gestoras de saúde, as inconsistências das informações levantam suspeitas de subnotificação dos números de Rio Tinto, uma vez que a vigilância local não tem informações sobre os casos da cidade, exceto, por meio do boletim estadual. No contexto interiorano, a questão do sigilo parece recair tanto na dificuldade para a vinculação da PVHA à Unidade Básica de Saúde, devido ao receio de divulgação do status sorológico em um território em que “todo mundo conhece todo mundo”, quanto na criação de ações programáticas por parte da gestão de saúde, uma vez que não se tem no âmbito municipal a dimensão real de casos.

De acordo com o relato de Serena, o estigma como uma marca social de desqualificação, desaprovação de produção de diferença (Goffman, 1980), parece entrar em cena: “quando eu fui trabalhar, disseram a mim que existia uma demanda muito alta lá, por ser um local muito vulnerável, que tem muita droga, muita gente que bebe também, entendeu? E também é um meio de prostituição lá.”. Em uma atualização da chave conceitual desenvolvida por Goffman (1980), Aggleton e Parker (2021) sugerem que estigma e discriminação devem ser analisados a partir da relação com o poder e a dominação, podendo estes fenômenos se manifestarem de distintas formas. O estigma pode então ser “[...] usado pelos indivíduos, comunidades e pelo Estado para produzir e reproduzir desigualdades sociais” (Aggleton; Parker 2021, p. 31). No caso de políticas públicas de saúde, a forma como são produzidos os discursos, o acesso (ou não) aos serviços de saúde e o modo de gestão das informações sobre formas de prevenção e tratamento, por exemplo, podem estar imersas nesta lógica. Não queremos aqui elencar “culpados” ou “vítimas”, mas na verdade, demonstrar que embora a resposta à epidemia tenha avançado em termos biomédicos nos últimos anos (como a própria interlocutora menciona), percepções estigmatizantes persistem e se atualizam, às vezes, sem a total compreensão daqueles que acionam, pois são resultantes de questões estruturais.

Como vimos anteriormente, com a definição territorial que estrutura a organização da Atenção Básica, a constituição de vínculos entre as equipes das UBS e a população adscrita ao território é um eixo importante. Esse elemento foi ressaltado por Estela (médica da unidade na época da realização da pesquisa), quando questionada sobre a importância da vinculação dos profissionais de saúde com o território e com os usuários:

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

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

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

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

A situação tensa descrita pela médica reforça a vulnerabilidade territorial apontada por Serena e chama atenção a rede de atores e instituições emaranhados no caso (médicas, hospital, UBS, conselho tutelar, a puérpera, a criança). Esse conjunto de agentes e suas ações estão enredadas em regimes de saber-poder caracterizados por hierarquias que produzem o enquadramento de tipos de subjetividades e corpos específicos (Foucault, 1976). Seguindo esse prisma analítico, Larissa Pelúcio e Richard

Miskolci (2009, p. 130) explicitam que: “No caso da Aids, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social”. Há de forma visível uma tentativa de controle social do cenário e dos corpos das pessoas envolvidas, sobretudo, da mulher. Através dessa situação, podemos questionar: o que está por trás da não regularidade do pré-natal e do tratamento para HIV? Que situações sociais foram vivenciadas pela mulher e a levaram a descontinuar do tratamento e acompanhamento em Rio Tinto?

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

Caminhando com Íris em direção a Marjorie e Melissa: atenção básica, cotidiano e gênero

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

Residente do bairro das Camélias e trabalhando como ACS e com “uns 20 anos de trabalho” (antes atuava em outra UBS), Íris nos contou que a UBS Tulipa é relativamente recente: “Ela é uma das mais novas, se não me engano. A reforma, porém, é mais nova ainda. Aqui era um bar. Um bar grande, que foi alugado e colocou as famílias para serem atendidas aqui” (Íris, ACS da UBS Tulipa, em entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022). Interessante a conversão de um bar em uma UBS, conforme apontado pela interlocutora. De certa maneira, este fato informa sobre as reconfigurações ocorridas no bairro das Camélias. A vulnerabilidade territorial é logo nos apresentada quando questionamos sobre quais as atribuições de uma(um) ACS:

[...] nosso trabalho é orientação. Porém, eles [se referindo aos gestores] colocam a gente para fazer várias coisas que não cabem a gente e a gente também deixa um pouco a desejar por causa disso. Porque nossa luta é voltada para o foco de, somente orientação. A gente pode chegar nas famílias mais carentes e poder a chegar ajudar num foco de orientação maior. Mas assim, nosso ponto

básico, é chegar nas pessoas e fazê-las entender de uma forma especial, que elas não são obrigadas as coisas, mas sim em querer buscar pelo menos um pouquinho de melhora para seus filhos, né, que é o que acontece principalmente nas áreas mais críticas, que no caso, a minha, que é a mais distante dessa unidade de saúde, e às vezes as pessoas reclamam que a gente paga transporte para vir pra cá, e paga pra voltar, e lá também é uma área mais carente. (Íris, ACS da UBS Tulipa. Entrevista realizada no dia 02 de maio de 2022).

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

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

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

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

No decorrer da pesquisa, percebemos que a relação entre o atendimento às populações indígenas e não-indígenas, embora opere, a partir de prerrogativas próprias, por exemplo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas

(Brasil, 2002), está intrinsecamente imbricada, acontecendo o atendimento de pessoas indígenas também nas UBS consideradas urbanas. Essa relação, contudo, apresenta algumas tensões no que se refere às atribuições e metas a serem alcançadas pelas UBS urbanas e pelo Posto de Saúde Indígena no que tange ao repasse de recursos e no acesso a direitos específicos (especialmente no caso das populações indígenas). Além disso, os relatos evidenciam a presença de práticas discriminatórias e preconceituosas baseadas no marcador social étnico-racial, o que destaca a urgência de uma formação antirracista voltada ao cuidado das populações indígenas no âmbito da Atenção Básica. Notamos aqui o complexo emaranhado que envolve o território da UBS Tulipa e como a política de descentralização escorre em meio aos embates territoriais, estereótipos, estigmas e demandas de saúde cotidianas no serviço.

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

Melissa, recebeu o diagnóstico reagente para HIV durante a realização do pré-natal na UBS Tulipa: “É... assim... [pausa rápida] ... Eu não sabia não, né, o que era isso, aí eu descobri quando estava fazendo exame, né, de pré-natal, né...”. (Melissa. Entrevista realizada no dia 05 de julho de 2022). Já Marjorie, nos contou que recebeu o diagnóstico no Hospital Clementino Fraga (Hospital de atendimento especializado voltado às condições infectocontagiosas localizado na cidade de João Pessoa) anos após, segundo ela, o seu envolvimento com uma pessoa vivendo com HIV. A descoberta, no caso de Marjorie, foi perpassada por um processo de adoecimento crítico e pela opção dela em se direcionar diretamente para o Hospital Clementino, ao invés de procurar atendimento no município. Na entrevista, a interlocutora dá a entender que o motivo pelo qual procurou o serviço na capital do estado se deu porque já suspeitava de que poderia estar com HIV devido fofocas sobre a sorologia de seu ex-companheiro, por isso, seguiu para o Hospital Clementino - já que segundo ela, na época, não havia atendimento em Rio Tinto (Marjorie vive há mais de uma década com o HIV).

A dimensão da fofoca apareceu durante todas as etapas da pesquisa (Silva; Vieira, 2019; Silva; Oliveira Neto; Moraes, 2022), em diferentes unidades básicas investigadas e foi compreendida a partir da relação de proximidade entre as casas em um território pequeno, em que a maioria da vizinhança se conhece. A rede de fofoca na vizinhança opera como um controle da vida alheia e pode provocar prejuízo no convívio social. Corroborando Fonseca (2000), a fofoca envolve desde fatos verdadeiros quanto comportamentos imaginados; “e quando falamos da Aids, não podemos desconsiderar os possíveis efeitos de um imaginário social que é permeado por elementos estigmatizantes” (Silva; Oliveira Neto; Moraes, 2022, p. 10). O estigma está envolto em conotações negativas atribuídas socialmente a determinados sujeitos e pode provocar “diferenças indesejáveis” (Aggleton; Parker, 2021) como discriminações, exclusão social

e desigualdades. Por isso, o sigilo sobre o diagnóstico tem sido comumente acionado como estratégia de proteção da intimidade contra possíveis julgamentos morais.

Os diagnósticos das interlocutoras se deram em diferentes espaços de atendimento, a saber, a UBS e o Hospital, e foram atravessados pelos acontecimentos ordinários da vida cotidiana (Das, 2023). Como podemos perceber nas entrevistas com as gestoras trazidas para o debate, é mencionada a preferência das(os) usuárias em serem atendidas diretamente no SAE. Mesmo que tenha recebido o diagnóstico e tenha realizado todo o pré-natal na UBS Tulipa, quando questionada sobre a frequência com que vai até a unidade, Melissa diz não frequentar com tanta assiduidade e que o seu tratamento e acompanhamento acontece no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), em João Pessoa. O deslocamento dos usuários para João Pessoa parece estar conectado à possibilidade de um certo “anonimato relativo” (Velho, 2000) que a capital pode oferecer no que tange o resguardo do sigilo sobre o status sorológico, amenizando assim os processos de estigmatização aos quais estariam expostas e, conseqüentemente, possibilitando um manejo do que se mostra e o que se esconde. Nas palavras de Araújo e Andrade (2013, p. 57), “o segredo desempenha um modo de ritualizar as interações colocando o dito e o não dito como meios de equilibrar o público e o privado. Do ponto de vista do estigma, este atua de forma a delinear o que pode ser publicado e o que há de ser publicizado (...)”. Além disso, há que se colocar em evidência também, as possibilidades e serviços que a Atenção Básica dispõe para tratar de uma condição crônica de saúde: exames de contagem de carga viral, dispensação de medicamentos antirretrovirais, entre outros serviços que podem direcionar a preferência e escolhas dos usuários em serem atendidos diretamente nos serviços especializados.

Um outro ponto relevante, que aparece nas falas das gestoras, e é reforçado por Melissa, se refere ao diagnóstico através da testagem durante o pré-natal, sendo este o momento mais comum de se visualizar na Atenção Básica os casos positivos para HIV. Isso nos leva a perceber a centralidade da Atenção Básica e do direcionamento de profissionais de saúde para a Atenção à Saúde Materno-Infantil e na posição que as mulheres ocupam. O trabalho de Dayse Santos (2005) nos lembra, por exemplo, que na implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o foco em seus anos iniciais se voltava para educação em saúde e a saúde materno-infantil. Como argumentamos em análises recentes: Embora a testagem em gestantes seja uma importante estratégia preventiva, é interessante pensar em medidas que possibilitem o diagnóstico precoce dessas mulheres (antes da gravidez), bem como a inclusão de outros usuários/as como alvo de cuidado em HIV/Aids (Silva; Oliveira Neto; Moraes, 2022). Com a atribuição do sentido atrelado às mulheres e seus corpos como predispostos à maternidade e ao cuidado da família, os serviços de saúde podem acabar reforçando perspectivas tradicionais de um modelo de “família tradicional” cuja responsabilização recai sobre a mulher, representando uma tendência materna no campo da saúde (Santos, 2005, p. 24).

Nos relatos e experiências nos quais nos apoiamos, a dimensão da territorialidade do cuidado em HIV/Aids está imersa em um paradoxo (Zambenedetti; Silva, 2015, p.

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

Considerações finais

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

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

O enfoque na atenção materno-infantil e no controle dos corpos das mulheres no âmbito da Atenção Básica com a atenção direcionada ao planejamento familiar, posiciona as mulheres (profissionais de saúde, gestoras e usuárias) em um eixo central na política, tornando este, um elemento também a ser levado em consideração e que se correlaciona nos casos aqui apresentados com a centralidade de gestantes na paisagem epidemiológica municipal, abrindo margem para refletirmos sobre aspectos relativos à transmissão vertical (quando a transmissão ocorre de mãe para bebê) e conjugualidades e relações soropositivas e sorodiferentes (Silva, 2022).

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

Sem a pretensão de esgotar a discussão, esperamos que este estudo e as análises aqui empreendidas, possam extrapolar o contexto de Rio Tinto e chegar até

pesquisadores, gestores e profissionais de saúde em diferentes espaços de produção de cuidado e como consequência, produzir uma contribuição, no sentido de orientar políticas públicas de saúde da Atenção Básica e/ou produzir mais visibilidade para o tema da Estratégia de Descentralização da Atenção em HIV/Aids. Por fim, esperamos também, que o estudo some a outras abordagens antropológicas no campo da saúde.

Referências

AYRES, J.; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: REGINA, M. B; PARKER, R. (Org) *Sexualidades pelo 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.

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

ARAÚJO, Maria de Fátima; ANDRADE, Átila. Uma privacidade muito especial: cotidiano, estigma e segredo na vivência de casais sorodiscordantes. In: Casais (im)possíveis: um estudo socioantropológico sobre sorodiscordância para o HIV/aids. PERRUSI, A; FRANCH, M (orgs). Editora UFPB, João Pessoa, 2013.

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, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-narua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>. Acesso em: 28 de outubro de 2023.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico – HIV/Aids 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-deconteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_2022_internet_31-01-23.pdf/view . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

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

DAMIÃO, Jorginete de Jesus; AGOSTINI, Rafael; MAKSUD Ivia; FILGUEIRAS, Sandra; ROCHA, Fátima; MAIA, Ana Carolina; MELO, Eduardo Alves. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. *Saúde debate* [Internet]. 2022Jan;46(132):163–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213211>. Acesso em 20 de agosto de 2023.

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

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

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

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

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

FERREIRA, Letícia; LOWENKRON, Laura. *Etnografia de documentos: Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2020.

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

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

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

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

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

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

HOFFMANN, C.; ROCKSTROH, J. K.; KAMPS, B. S. *HIV Medicine 2006* Paris: Flying Publisher, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Panorama do Censo 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/rio-tinto.html>. Acesso em: 29 de maio de 2025.

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

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

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

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). TCC (Graduação): UFPB, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/29956?locale=pt_BR . Acesso em: 29 de outubro de 2025.

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/?lang=pt> . Acesso em: 29 de outubro de 2025.

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

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022*. João Pessoa: Gerência Operacional das IST/HIV/Aids e Hepatites Virais, 2022. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjEppWSOqiCAxUIH7kGHbQJDLgQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fparaiba.pb.gov.br%2Fdiretas%2Fsaude%2Fconsultas%2Fvigilancia-em-saude%2Fboletinsepidemiologicos&usg=AOvVawookN1BS8AzTShZoGaDFoyT&opi=89978449> . Acesso em: 23 de outubro de 2023.

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

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 1, p. 125- 157, 2009. Disponível em: https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29/13_3#:~:text=O%20dispositivo%20raramente%20pro%20C3%ADbe%20ou,como%20amea%20C3%A7adores%20da%20ordem%20social. Acesso em: 23 de outubro de 2023.

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

REIS, Cláudia Tartágua; CZERESNIA, Dina; BARCELLOS, Christovam; TASSINARI, Wagner Souza. A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal

de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24(6). Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/3850> . Acesso em 23 de outubro de 2023.

SANTOS, Emaline Angélica de Paula; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Desnaturalizando a Oferta-Demanda na Descentralização da Testagem e do Aconselhamento em HIV/Aids na APS. *Revista Psicologia E Saúde*, 15(1), e1562015, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2015> . Acesso em: 10 de outubro de 2025.

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

SILVA, Luziana Marques da Fonseca; VIEIRA, Melba. (Re)pensando o HIV/Aids: novas respostas, velhos dilemas. *Revista Brazilian Journal of Development*, v. 5, n. 8, p. 11168-11188, 2019. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/2662> . Acesso em: 29 de outubro de 2025.

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: 29 de outubro de 2025.

SILVA, Luziana Marques da Fonseca. *Fazendo a diferença: as dinâmicas da conjugalidade sorodiscordante para o HIV/Aids* [recurso eletrônico]. João Pessoa: Editora UFPB, 2022. Disponível em: <https://www.editora.ufpb.br/press5/index.php/UFPB/catalog/book/665> . Acesso em: 29 de outubro de 2025.

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

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

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

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

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