

## Desnaturalizando a Oferta-Demanda na Descentralização da Testagem e do Aconselhamento em HIV/Aids na APS

### Denaturalizing Supply-Demand in the Decentralization of HIV/AIDS Testing and Counseling in the PHC

### Desnaturalizando la Oferta-Demanda en la Descentralización de la Prueba y Consejería de VIH/Sida en la APS

Emaline Angélica de Paula Santos<sup>1</sup>

Gustavo Zambenedetti

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

---

#### Resumo

A oferta do aconselhamento e do teste rápido para HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) constitui-se como componente da prevenção combinada, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo foi analisar os modos de oferta e demanda do teste rápido e aconselhamento em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região sudeste do Paraná. Orientando-se pelo viés da análise institucional, realizou-se, em 2018, entrevista com a coordenadora do setor de epidemiologia e observações em duas UBS com Equipes de Saúde da Família (EqSF). Os analisadores emergentes nos resultados evidenciam semelhanças e diferenças nas ofertas das UBS, abrindo três linhas de análise. A primeira destaca a produção do dispositivo comparativo como efeito de desnaturalização; a segunda coloca em discussão a relação entre produção da oferta e da demanda que perpassa as ações em HIV/aids; a terceira evidencia as tensões entre os modelos de APS. Ressalta-se o quanto os diferentes arranjos podem tanto restringir como ampliar o acesso da população às ações desenvolvidas.

*Palavras-chave:* aconselhamento, HIV, aids, Atenção Primária à Saúde, testes rápidos.

#### Abstract

The provision of counseling and rapid testing for HIV/AIDS and other sexually transmitted infections (STIs) constitutes a component of combined prevention within the scope of Primary Health Care (PHC). The aim of this study was to analyze the modes of supply and demand for rapid testing and counseling in two Basic Health Units (UBS) in a municipality in the southeastern region of Paraná. Guided by the bias of institutional analysis, an interview was carried out in 2018 with the coordinator of the epidemiology sector and observations were carried out in two UBS with Family Health Teams (EqSF). The emergent analyzers in the results show similarities and differences in the UBS offers, opening three lines of analysis. The first highlights the production of the comparative device as a denaturalization effect; the second discusses the relationship between the production of supply and demand that permeates HIV/AIDS actions; the third highlights the tensions between PHC models. We emphasize how the different arrangements can both restrict and expand the population's access to the actions developed.

*Keywords:* counseling, HIV, AIDS, Primary Health Care, quick tests.

#### Resumen

La provisión de consejería y pruebas rápidas de VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye un componente de la prevención combinada en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de este estudio fue analizar los modos de oferta y demanda de pruebas rápidas y asesoramiento en dos Unidades Básicas de Salud (UBS) de un municipio de la región sureste de Paraná. Guiados por el sesgo del análisis institucional, en 2018 se realizó una entrevista con el coordinador del sector de epidemiología y se realizaron observaciones en dos UBS con Equipos de Salud de la Familia (EqSF). Los analizadores emergentes en los resultados muestran similitudes y diferencias en las ofertas de UBS, abriendo tres líneas de análisis. La primera destaca la producción del dispositivo comparativo como efecto de desnaturalización; la segunda discute la relación entre la producción de oferta y demanda que permea las acciones de VIH/sida; la tercera destaca las tensiones entre los modelos de APS. Se destaca cómo los diferentes arreglos pueden tanto restringir como ampliar el acceso de la población a las acciones desarrolladas.

*Palabras clave:* consejería, VIH, sida, Atención Primaria de Salud, pruebas rápidas

---

<sup>1</sup> Endereço de contato: Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Rua Profa. Maria Roza Zanon de Almeida, Irati, PR. CEP: 84505-677. Telefone: (42) 3421-3000. E-mail: emalineaps@hotmail.com

## Introdução

A partir da década de 2010, foi possível observarmos maior ênfase em processos de descentralização da atenção em HIV/aids<sup>2</sup> para a Atenção Primária em Saúde (APS), incluindo a possibilidade de oferta de testes rápidos, aconselhamento, profilaxia pós-exposição (PEP) e acompanhamento às pessoas diagnosticadas com HIV, sífilis e hepatites B e C (Zambenedetti & Silva, 2015, 2016). Segundo o Ministério da Saúde:

Essas experiências se baseiam na evolução dos modelos de atenção ao HIV centrados unicamente em serviços especializados para modelos matriciados, em que diferentes níveis de atenção participam de diferentes pontos da linha de cuidado ao HIV/aids, sempre considerando a complexidade das ações e a necessidade de que as intervenções sejam realizadas de maneira efetiva e oportuna (2014a, p. 2).

Esse processo de descentralização foi possível por dois conjuntos de fatores. No primeiro deles, destaca-se a ampliação de cobertura da APS no território nacional, especialmente com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que buscou constituir a APS como ordenadora do cuidado em saúde. Junto à expansão da ESF, observa-se também a qualificação e complexificação de suas ações, com o reconhecimento de que, apesar de exigirem menor densidade tecnológica na APS, há uma alta complexidade envolvida (Portaria n. 2.436, 2017).

No segundo conjunto de fatores, destacam-se mudanças relativas ao curso da epidemia de HIV/aids, tais como: a transição da aids aguda para a aids crônica, com diminuição da mortalidade e aumento da prevalência de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) na população (Alencar et al., 2008); o processo de interiorização e aumento da incidência e prevalência de aids, em algumas regiões do país, gerando dificuldades de absorção pelos serviços especializados, assim como demanda de ampliação de acesso ao diagnóstico e tratamento (Ministério da Saúde, 2008).

Nesse contexto, destaca-se o surgimento do teste rápido e sua disponibilização no Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria n. 151, 2009), possibilitando que o diagnóstico fosse realizado em um curto período de tempo, sem a necessidade de processamento laboratorial ou de encaminhamento do usuário para outro serviço. Inicialmente, o teste rápido foi previsto como recurso para unidades de saúde em localidades de difícil acesso ou em regiões vulneráveis na realização do diagnóstico de HIV, triagem para hepatites B, C e sífilis em gestantes e seus parceiros sexuais, no âmbito da Rede Cegonha (Portaria n. 77, 2012), sendo posteriormente expandido para a APS como um todo, com possibilidades de ampliação para a população em geral. No que diz respeito à assistência, Pinto e Capelleti (2019) relatam que a simplificação do esquema retroviral também foi um importante facilitador para que alguns municípios incluíssem o acompanhamento de PVHA na APS.

As experiências desenvolvidas nas cidades de Curitiba, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Fortaleza e Florianópolis são consideradas pioneiras na descentralização da atenção em HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) para a APS (Ministério da Saúde, 2014b; Pinto & Capelleti, 2019). Vale ressaltar que há variações no grau de descentralização,

<sup>2</sup> **HIV:** vírus da imunodeficiência humana; **aids:** síndrome da imunodeficiência adquirida. Quando utilizarmos a sigla HIV ou aids de forma isolada, estamos nos referindo ao diagnóstico do vírus (HIV) ou então ao processo de adoecimento (aids). Já utilizarmos as siglas HIV/aids significa que estamos nos referindo à atenção em HIV/aids, a qual envolve toda a integralidade do cuidado, desde a prevenção, o diagnóstico, até o tratamento.

que pode envolver apenas a oferta do diagnóstico como também a oferta da PEP e de acompanhamento das PVHA na APS, mediante estratificação de risco.

Estudos já vêm demonstrando resultados positivos dessas experiências (Carvalho et al., 2020; Agostini, 2021). Outros apontam dificuldades nos processos de descentralização, com destaque para a insegurança dos profissionais na comunicação diagnóstica, principalmente diante de um resultado reagente e do desafio em abordar temáticas referentes à sexualidade, bem como outros temas transversais, como o uso de drogas e as relações de gênero e vulnerabilidade. O estigma também é indicado como potencial obstáculo às ações (Barbosa et al., 2015; Zambenedetti & Silva, 2015, 2016; Rocha, Santos et al., 2018). Sobre as potencialidades, evidencia-se o reconhecimento por parte dos profissionais, em relação à relevância da prática do aconselhamento, e o apoio matricial para as equipes da APS, assim como a possibilidade de ampliação do acesso da população às ações de cuidado e prevenção no campo do HIV/aids e outras ISTs (Barbosa et al., 2015; Zambenedetti & Silva, 2016; Rocha et al., 2016; Rocha, Souza et al., 2018).

Este trabalho apresenta um recorte analítico de uma pesquisa vinculada a uma dissertação de mestrado, cujo objetivo foi compreender como estava ocorrendo a prática do aconselhamento atrelada à oferta do teste rápido para HIV e outras ISTs na APS, em um município da região sudeste do Paraná. O teste rápido configura-se como uma tecnologia biomédica, que busca ampliar o acesso ao diagnóstico para HIV, sífilis e hepatite B e C. A oferta do teste rápido constitui uma das estratégias da prevenção combinada, sendo preconizado que ele seja feito de forma regular pela população em geral. Já o aconselhamento constitui-se como uma intervenção comportamental, que visa ampliar o grau de conhecimento e avaliação da percepção de risco à exposição pelo HIV e outras ISTs, além de fornecer apoio emocional antes e após a realização das testagens (Ministério da Saúde, 2017).

Para este artigo, elencamos como objetivo analisar os modos de oferta e demanda do teste rápido e aconselhamento em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região sudeste do Paraná. Segundo Rocha e Aguiar (2003, p. 71),

. . . como prática desnaturalizadora . . . as estratégias de intervenção terão como alvo a rede de poder e o jogo de interesses que se fazem presentes no campo da investigação, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, desconstruindo territórios e facultando a criação de novas práticas.

### Método

Foi realizada uma pesquisa-intervenção orientada pela perspectiva teórico-metodológica da Análise Institucional ou Socioanálise, que tem como principais precursores René Lourau e Georges Lapassade. A Análise Institucional ou Socioanálise visa contribuir para o estudo das políticas públicas de saúde (Guizardi et al., 2011), uma vez que fornece conceitos-ferramentas que nos auxiliam no processo de desnaturalização daquilo que está cristalizado, abrindo espaço para movimentos de transformação no cotidiano das práticas em saúde.

A pesquisa foi realizada em um município da região sudeste do Paraná. Como dispositivos para produção dos dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada com a coordenadora do setor de epidemiologia do município e momentos de observação participante do processo de trabalho em duas UBS.

Vale ressaltar que os dispositivos escolhidos *a priori* para a produção de dados constituem uma previsão do que se pretende realizar no campo de investigação. Entretanto, na pesquisa-intervenção, de caráter socioanalítica, a construção dos dispositivos vai se dando processualmente, de acordo com a relação que vai se estabelecendo com os participantes no campo, levando-se em consideração as inúmeras variáveis que podem atuar como analisadores na condução desses estudos (Borges et al., 2018). Ao mesmo tempo em que isso possibilita certa flexibilidade, implica alguns desafios, já que a produção dos dados ocorre em interações que podem modificar os caminhos previstos inicialmente, exigindo rearranjos de acordo com aquilo que vai sendo produzido.

A entrevista com a coordenadora foi realizada em julho de 2018 e, nessa ocasião, foram apresentados os dados do relatório de gestão acerca da realização de testes rápidos pelas UBS do município, no ano de 2017, destacando-se uma unidade com elevado número de testes realizados e outra com baixo número, as quais foram escolhidas, portanto, como campo de intervenção. Enquanto o campo de análise refere-se ao tema da pesquisa, o campo de intervenção constitui-se como um recorte, no qual buscamos operar a produção de dados e análise (Baremlitt, 1996).

A partir disso, foram realizadas observações participantes nessas duas UBS, no mês de agosto de 2018, totalizando cerca de 20 horas, as quais foram distribuídas em turnos da manhã e da tarde. Foi utilizado um roteiro de observação com questões norteadoras: “Como é o local (espaço físico) onde ocorre o aconselhamento?”; “O aconselhamento é individual ou em grupo?”; “Como o participante soube do teste/aconselhamento? (Foi agendado? Houve divulgação na sala de espera ou no acolhimento?)”; “Como é a abordagem do profissional?”. Durante as observações, também foram realizadas conversas informais com os coordenadores das duas unidades, visando melhor compreender os modos de oferta-demanda do aconselhamento e teste rápido. Segundo Minayo (1994), o que caracteriza a observação participante é justamente essa interação do observador com os seus interlocutores no espaço social da pesquisa. Tal observador pode modificar esse contexto, já que interfere nele, assim como ser modificado por ele.

Todas as informações foram registradas em um diário de pesquisa, ficando sob responsabilidade e sigilo da pesquisadora. Segundo Hess (2006, p. 95), o diário de pesquisa “. . . visa reunir informações que o autor e seus colaboradores pretendem explorar ou tratar de uma maneira ou de outra em tempo posterior”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), por meio do Parecer n. 2.759.722. A participação ocorreu mediante a assinatura do Termo de Anuência pela Secretaria Municipal de Saúde e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da coordenação do setor de epidemiologia e das coordenações das duas UBS. A observação da pesquisadora durante a realização do aconselhamento e teste rápido ocorreu por meio do consentimento verbal dos usuários, seguindo as diretrizes previstas na Resolução n. 510/2016 (Resolução n. 510, 2016).

A sistematização dos dados ocorreu mediante leitura minuciosa da transcrição da entrevista com a coordenação da epidemiologia e dos registros realizados nos roteiros de observações e no diário de pesquisa, que, tendo como pano de fundo os objetivos do trabalho, proporcionou a emergência de analisadores. Para Lourau (1993), os analisadores são todos

aqueles acontecimentos que se sobressaem e fazem emergir uma análise. Segundo L'Abbate (2013), mesmo que alguns fatos, à primeira vista, possam parecer insignificantes, eles podem evidenciar situações de conflito e surpreender, já que são justamente as divergências que abrem possibilidades de resolução.

A seguir, apresentamos os resultados e a discussão da pesquisa. Nos resultados, evidenciamos os analisadores que emergiram durante o processo. Na discussão, buscamos explicitar três linhas de análise, seguindo os movimentos de interrogação e desestabilização que os analisadores produzem. Na primeira, destacamos a produção do dispositivo comparativo e seu efeito de desnaturalização. A segunda versa sobre a necessidade de interrogar a chamada “livre demanda” ou “demanda espontânea”, que perpassa as ações em HIV/aids. A terceira discute o modelo de atenção que perpassa o funcionamento das UBS e como interferem na produção de ações relacionadas ao HIV/aids e outras ISTs.

## Resultados

O primeiro analisador emergiu durante a negociação entre a pesquisadora e o responsável por assinar a carta de anuência da instituição (Secretaria Municipal de Saúde) a ser submetida junto ao COMEP. Ao tomar conhecimento da proposta de estudo, questionou a justificativa desse, pois entendia que a descentralização já havia ocorrido e estava estabelecida no município. Buscamos, então, interrogar se a descentralização havia ocorrido do mesmo modo em todas as unidades. Além disso, justificamos sobre a necessidade de analisar o “como” se dava esse processo. Pensamos que a expectativa do responsável institucional evidencia o que estamos chamando de cristalização, ou seja, a ideia de que não haveria o que ser interrogado. Ao mesmo tempo, evidencia um movimento da pesquisa-intervenção, no sentido de levantar questões que produzam estranhamento junto aos participantes da pesquisa.

O segundo analisador emergiu durante entrevista com a coordenadora do setor de epidemiologia, que, ao demonstrar os dados referentes à quantidade de testes rápidos realizados pelas unidades de saúde, evidenciou que havia unidades que realizavam muitos testes, e outras, poucos. Ao ser questionada sobre os motivos que poderiam levar a essa diferença, a coordenação destacou o “perfil” dos profissionais que atuavam na unidade, visto que as orientações político-administrativas para ambas as UBS eram as mesmas.

O terceiro analisador emergiu durante as observações realizadas e os relatos dos profissionais – enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem – das duas UBS. Tais informações foram sistematizadas e possibilitaram a caracterização de ambas as unidades:

**Tabela 1**

*Caracterização das Unidades Básicas de Saúde e Ações Ofertadas*

Unidade Básica de Saúde	UBS 1	UBS 2
Localização	Central	Periférica
Área de abrangência	9 bairros	9 bairros
População de abrangência	<u>9 mil habitantes</u>	<u>15 mil habitantes</u>
Modelo	<u>ESF</u>	<u>ESF</u>
Número de profissionais	<u>20</u>	<u>20</u>

Unidade Básica de Saúde	UBS 1	UBS 2
Número de profissionais capacitados para realização de testagem e aconselhamento	2 (1 enfermeiro; 1 técnico de enfermagem)	2 (1 enfermeiro; 1 técnico de enfermagem)
Serviços ofertados	Preventivo; consulta médica; imunização; puericultura; planejamento familiar; saúde bucal; procedimentos; atendimento psicológico; visitas domiciliares	Preventivo; consulta médica; imunização; puericultura; planejamento familiar; saúde bucal; procedimentos; atendimento psicológico; visitas domiciliares; <u>teste rápido</u>
Caracterização da oferta do aconselhamento e teste rápido	<u>Demanda espontânea</u> ; aconselhamento pré-teste individual; sala de espera (épocas de campanha); preventivo; ACS	<u>Demanda espontânea</u> ; aconselhamento pré-teste individual ou coletivo; sala de espera (quinta-feira); pré-consulta; sala de vacina; Preventivo; ACS
Número de testes rápidos jun./2018	<u>6</u>	<u>72</u>
Dificuldades relatadas pelos profissionais	Equipe defasada e sobrecarga de trabalho	Equipe defasada e sobrecarga de trabalho

De acordo com a Tabela 1, é possível perceber que as duas UBS têm características semelhantes, mas também algumas diferenças significativas entre elas. Entre os aspectos que aproximam as duas UBS, destacamos que ambas: são apresentadas como unidades com Equipes de Saúde da Família (EqSF); possuem vinte profissionais, dentre os quais dois são capacitados para a realização do teste rápido e aconselhamento (um enfermeiro e um técnico de enfermagem); contam com uma psicóloga na equipe; caracterizam a oferta do aconselhamento e teste rápido como sendo livre demanda, ou seja, qualquer usuário pode demandar a realização do teste, podendo ser atendido naquele momento ou ser agendado. Em ambas as UBS, é relatada a oferta na sala de espera, nas consultas de preventivo e pelos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as visitas domiciliares; ainda, são relatadas as mesmas dificuldades no cotidiano de trabalho, como a falta de profissionais, o que inclui o desvio de função desses, bem como a sobrecarga de trabalho.

Dentre os aspectos que as distinguem, podemos destacar que: a unidade 2 abrange uma população maior que a unidade 1, assim como apresenta uma população mais vulnerável do ponto de vista socioeconômico; em relação aos serviços ofertados, a unidade 2 incluiu a oferta diária do teste rápido na pré-consulta, sala de vacina, pelos ACS e, uma vez por semana, na sala de espera, atrelada à ação de estagiários de Psicologia; já a unidade 1 destacou a oferta das ACS e sala de espera em datas específicas ligadas a campanhas; a unidade 2 realizou 72 testes rápidos em um mês, e a unidade 1 realizou seis testes.

## Discussão

### A Produção do Dispositivo Comparativo

A escolha de duas UBS, dentro de um mesmo município, insere-se na estratégia de produção de um dispositivo comparativo, com vistas à desnaturalização das formas de oferta do teste rápido e aconselhamento na APS. Desnaturalizar, para a Análise Institucional, significa mostrar que aquilo que vemos e vivemos em nosso cotidiano não é natural, mas

sim resultado de conformações históricas e sociais. A Análise Institucional busca construir ferramentas que auxiliem no processo de desnaturalização. Tal processo permite interrogar, questionar os sentidos cristalizados em torno de um objeto, abrindo a possibilidade de avaliar efeitos produzidos pelas práticas e saberes, assim como construir possibilidades de mudanças (Guizardi et al., 2011).

Um movimento de desnaturalização foi produzido, por exemplo, quando o gestor interrogou se o processo de descentralização já não havia sido efetivado no município, demonstrando a percepção de que tal processo estaria estabilizado, ocorrendo de uma forma “natural”. Entretanto, a disparidade no número de testes realizados e a observação de que existem diferentes estratégias de oferta do aconselhamento e do teste rápido dentro das UBS evidenciam que não se trata de um processo natural. As práticas em saúde são práticas sociais (Spink, 2003), construídas sob diferentes saberes, sendo a função do analisador abrir as linhas de composição dessas práticas e seus efeitos.

Diferentes estratégias podem ser constituídas visando produzir um processo de desnaturalização. Nesta pesquisa, buscamos construir um dispositivo comparativo (Nardi, 2008), destacando as características de duas UBS de um mesmo município. O dispositivo constitui-se num conceito-ferramenta de abordagens institucionalistas. Borges et al. (2018) destacam a função dos dispositivos na produção de informações em pesquisas qualitativas, na modalidade pesquisa-intervenção. Enquanto estes enfatizam a noção de dispositivo em sua relação com a produção de informações e intervenções, ressaltamos a função do dispositivo na produção de movimentos de análise.

Segundo Lourau (1993), o método socioanalítico busca criar um dispositivo de análise e colocá-lo em cena no sentido de acionar modos de funcionamento que poderão produzir certos efeitos. O dispositivo é, portanto, um modo de fazer ver e falar (Foucault, 2019), destacando-se o fato de que ele não apenas traduz uma realidade já constituída, como também faz aparecer a realidade daquela forma, produzindo-a ativamente. Conforme Nardi (2008), este modo de operar rompe com as análises comparativas de cunho positivista, utilizando-se da comparação como ferramenta de desnaturalização, tomado como efeito de suspensão e estranhamento.

Considerando-se o campo de intervenção delimitado nesta pesquisa, o qual se constitui por duas UBS de um mesmo município, existe a expectativa de que haveria um espelhamento de realidades, tendo em vista que ambas estão submetidas às mesmas diretrizes político-administrativas. Entretanto, como indicado por Merhy (2002), há diferentes graus de autonomia dos trabalhadores em saúde que os permitem criar e produzir arranjos diferenciados, mesmo quando submetidos a diretrizes político-administrativas semelhantes.

Isso nos permite afirmar que toda a política pública exige uma operação subjetiva, ou seja, um modo de dobrar-se sobre o trabalhador para operar no cotidiano. Sendo assim, o dispositivo comparativo permite identificar semelhanças (espelhamento) ou diferenças, conforme as explicitadas na Tabela 1, colocando-as em análise.

### **Demanda Espontânea? Relação entre Oferta-Demanda da Testagem e Aconselhamento**

Em diálogo com as coordenações das duas UBS, no sentido de buscar compreender como se dava o planejamento e a oferta do aconselhamento e teste rápido para HIV e outras

ISTs, ambas relataram como sendo “livre demanda” ou “demanda espontânea”, designando o fato de que o serviço estava disponível na medida em que houvesse procura por eles. Entretanto, o que explicaria o fato de o número de testes realizados ser tão superior numa unidade em relação à outra?

De acordo com a Análise Institucional, a demanda nunca é espontânea, mas sim uma produção histórica e social. Ela é produzida no encontro com o coletivo, de tal modo que existe um passo anterior à demanda, que é a oferta (Baremblytt, 1996; Lourau, 1993). Dessa forma, a oferta de uma ação e o modo como essa oferta ocorre vão modular a demanda. No caso das duas UBS, a utilização da expressão “demanda espontânea” parece cristalizar a ideia de que a demanda é natural ou de que se manifestaria nos usuários de forma espontânea. Desse modo, individualiza-se algo que é da ordem do coletivo, de uma relação de modulação entre oferta e demanda. Observamos maior amplitude de ofertas na unidade 2, que tendem a abranger um público maior, especialmente a pré-consulta (que abrange todos os usuários que acessam a unidade) e as salas de espera. Embora as ações da unidade 2 sejam mais abrangentes, ainda são incipientes nas duas UBS as intervenções realizadas no território, ficando mais centradas nos públicos que acessam as unidades.

O Ministério da Saúde tem orientado que sejam planejadas e desenvolvidas ações de prevenção ao HIV/aids e outras ISTs na APS, voltadas tanto para a população em geral quanto para as populações-chave e prioritárias, entendendo que existem pessoas ou grupos que são vulnerabilizados de formas específicas às ISTs. Tais intervenções devem ter como base a realização de um diagnóstico local, identificando redes de serviços, fluxos de ações, locais de sociabilidade no território, realidade epidemiológica, entre outros aspectos (Ministério da Saúde, 2017). Estudo realizado por Zambenedetti et al. (2014) problematizou o quanto algumas estratégias de prevenção ao HIV/aids e outras ISTs desenvolvidas na APS são passíveis de serem moralizadas, tendo como atravessamento a noção de grupo de risco. Sob tal perspectiva, alguns grupos de indivíduos tornam-se alvo de intervenções, sob insígnias estigmatizantes, enquanto outros grupos são invisibilizados.

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), estima-se que parte das PVHA não tem conhecimento de seu *status* sorológico. A ampliação do percentual de pessoas que conhecem seu *status* sorológico exige “. . . avançar para além de uma metodologia passiva de testagem, a qual depende de os indivíduos reconhecerem o próprio risco e buscarem por iniciativa própria saber seu estado sorológico” (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids [UNAIDS], 2015, p. 16). Nesse sentido, o documento segue afirmando a necessidade de “. . . iniciativas mais proativas de testagem, baseadas em direitos humanos, incluindo a promoção da testagem dirigida aos principais focos geográficos e populacionais . . . e estratégias baseadas em comunidades” (UNAIDS, 2015, p. 16).

Paula e Santos (2012) indicam a necessidade de aproveitar as ações já realizadas nas EqSF para potencializar a prevenção ao HIV/aids e outras ISTs. As autoras evidenciam que o “pensar a aids” ainda não está incorporado na APS, existindo várias “oportunidades perdidas” de realização de ações de prevenção, principalmente relacionadas à realização do Papanicolau e do exame de gravidez: “A associação entre suspeita de gravidez e sexo desprotegido, que deveria ser feita, passa, muitas vezes, despercebida ou se dá de forma minimizada” (Paula & Santos, 2012, p. 223). Desse modo, a ampliação da oferta do teste rápido e aconselhamento

exige a proatividade das equipes, envolvendo tanto a criação de novas ações, mediante planejamento, quanto a potencialização de ações que já são desenvolvidas nas unidades.

Os profissionais também relataram dificuldades semelhantes no cotidiano dos serviços que inviabilizavam a oferta das ações de prevenção. Porém, a equipe da unidade 2 promoveu uma reorganização do processo de trabalho, de tal modo que a oferta de testes e aconselhamento passou a fazer parte do cotidiano, otimizando ações já realizadas no interior da unidade de saúde. Destacam-se as “tecnologias leves” (Merhy, 2002) que perpassaram esse processo, as quais tem como características a relação, o diálogo e a informação.

Merhy (2002) afirma que o trabalhador da saúde possui determinado grau de autonomia em seu cotidiano, havendo espaços para movimentos de criação, assim como de reprodução a partir das diretrizes ofertadas. Diante de uma diretriz política e das situações concretas de existência e de trabalho, podem existir movimentos de convergência, assim como de rechaço, perante um cotidiano significado como precário e desfavorável.

Embora existam prerrogativas, é essencial que a oferta de ações seja modulada de acordo com a realidade do serviço e as necessidades dos usuários. O conceito de “trabalho vivo em ato” (Merhy, 2002) vem se efetivando como uma tecnologia necessária e essencial no processo de trabalho em saúde. Franco e Merhy (2005) destacam a importância da reorganização dos serviços de saúde, buscando romper com a demanda imaginária construída pelos usuários com base no procedimento, e a necessidade de um novo processo de trabalho que vise produzir uma demanda associada ao cuidado à saúde. De acordo com os mesmos autores:

O processo instituinte que se abre com a reorganização do trabalho vai esbarrar nas velhas formas de agir e organizar a produção do cuidado, pois busca desconstruir um trabalho produtor de cuidado centrado na produção de procedimentos e construção de outro centrado no cuidado. (Franco & Merhy, 2005, p. 188).

Destaca-se, ainda, a necessidade de problematizar a ideia de que haveria diferentes perfis de profissionais, os quais justificariam as diferenças encontradas no processo de oferta das ações. Isso porque existe o risco de incorrerem no processo de individualização e culpabilização do trabalhador pelos sucessos ou fracassos de suas ações, desconsiderando-se as condições e o contexto no qual as ações são desenvolvidas. Devemos considerar o quanto cada arranjo de trabalho consegue interferir na mobilização subjetiva, ou seja, no investimento que cada trabalhador faz para transformar seu cotidiano de trabalho. Estudo realizado por Zambenedetti e Silva (2016) acerca de um processo de descentralização da atenção em HIV/aids sugere que a mobilização para o processo pode ocorrer tanto em direção ao rechaço e à criação de estratégias defensivas quanto em direção à aproximação com as diretrizes políticas. Nesse sentido, os mesmos autores afirmam que “a mobilização subjetiva não diz respeito isoladamente a uma característica interna ao sujeito, sendo modulada por relações coletivas no contexto social e de trabalho” (Zambenedetti & Silva, 2016, p. 801). Os autores destacam também os momentos de formação como o matriciamento, como espaços privilegiados para esse exercício de coletivização e corresponsabilização pelas ações.

Assim, torna-se importante considerar a necessidade de proporcionar condições sociais e institucionais para a mobilização subjetiva, em convergência com as diretrizes políticas.

## ESF ou Atenção Básica (AB) Tradicional? Modelos em Análise

As duas unidades onde foram realizadas as observações foram indicadas pela gestão municipal como sendo locais onde estavam implantadas EqSF. Porém, foi possível perceber a existência de um duplo modelo (ESF e AB tradicional) ocorrendo em um mesmo espaço.

A APS vem sendo interpretada e implementada com distintos enfoques (Giovanella & Mendonça, 2012). No Brasil, a APS constitui-se como um dos níveis de atenção do SUS e compreende um conjunto de ações, individuais, familiares e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Atualmente, é exercida sob a disputa de dois modelos: o da AB tradicional, que oferece uma cesta mais restrita de serviços, como consultas médicas, dispensação de medicamentos, realização de exames, curativos e procedimentos, disponibilização de vacinas (Portaria n. 2.436, 2017); e o modelo ESF, o qual corresponde a uma concepção de APS mais abrangente e integral (Giovanella & Mendonça, 2012).

O modelo ESF foi adotado como estratégia prioritária no SUS desde 2006, buscando reorientar o modelo assistencial da APS, tradicionalmente centrado nas ações curativas, enfatizando o planejamento de ações de prevenção e diagnóstico precoce, com base nos conhecimentos epidemiológicos e de vigilância em saúde, visando ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Além de necessitar atender a alguns critérios quanto à equipe mínima e o território de abrangência, é esperado que as equipes tenham proatividade, realizem o planejamento da oferta de ações e tenham um trabalho centrado na territorialização (Portaria n. 2.436, 2017).

Embora o modelo ESF seja prioritário desde 2006 e tenha ocorrido um aumento temporal da cobertura da ESF no Brasil (Giovanella, Bousquat et al., 2020), autores demonstram que ambos os modelos ainda convivem em grande parte dos municípios brasileiros (Martins et al., 2016). Além disso, demonstram que o modelo ESF vem sendo ameaçado nos últimos anos pela condução da política nacional (Giovanella, Bousquat et al., 2020). Segundo Giovanella, Franco et al. (2020, p. 1476) “. . . a direcionalidade das políticas públicas, sobretudo a partir de 2017, sinaliza mudanças e ameaças ao modelo assistencial da ESF e aos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS”, enfraquecendo o seu enfoque comunitário e prioritário.

De acordo com os dados do Departamento de Saúde da Família (DESF), no município estudado, em agosto de 2018, estavam cadastradas seis EqSF e nove unidades de AB tradicional, correspondendo a uma estimativa de cobertura de 34,26% da população pelas EqSF e 76,51% pelas equipes de AB tradicional. Esses dados revelam que os dois modelos coexistem. Além disso, as EqSF foram implantadas no mesmo local onde atuavam equipes sob o modelo tradicional de UBS, mesclando características dos dois modelos.

É necessário salientar que a oferta de ações com base na noção de “demanda espontânea”, firmada na procura da população pelos serviços, aproxima as unidades da lógica do pronto atendimento, mais centrada em ações de caráter ambulatorial, o que corresponde ao modelo de AB tradicional. No modelo ESF, é esperado o planejamento da oferta das ações para organização da demanda, incluindo a oferta de serviços de forma territorializada, por meio das visitas domiciliares e ações na comunidade (Portaria n. 2.436, 2017).

Dentre as dificuldades relatadas pelos profissionais, destaca-se o remanejamento deles para outras funções, como o caso da unidade 2, que tinha ACS desempenhando a função de técnico de enfermagem ou recepcionista. A diminuição de ACS em um território considerado vulnerável, como era o caso da unidade 2, está relacionada com a diminuição de um trabalho preventivo e de promoção da saúde, centrado na territorialização, afastando-se dos princípios e das diretrizes do SUS para o modelo ESF (Portaria n. 2.436, 2017), assim como afastando-se da possibilidade de a APS ser proativa e articular ações no contexto comunitário, conforme orientações do UNAIDS (2015).

Podemos perceber, portanto, que a confusão em relação aos modelos adotados também dificulta às equipes uma tomada clara de posição, oscilando entre a espera da “demanda espontânea” ou a produção desta demanda junto à população, com foco na prevenção e no processo de territorialização, sob os princípios da ESF e as prerrogativas das políticas de HIV/aids e outras ISTs (Portaria n. 2.436, 2017; UNAIDS, 2015).

Importante destacar que Zambenedetti e Silva (2016) evidenciaram a potencialidade da lógica de trabalho orientada pelos princípios do SUS e da ESF em comparação com o modelo tradicional de AB na descentralização da atenção em HIV/aids e outras ISTs para a APS. Martins et al. (2016) também destacaram melhor desempenho do modelo ESF, se comparado ao modelo tradicional, no que diz respeito à efetivação dos atributos da APS, impactando significativamente a qualidade das ações ofertadas.

### Considerações Finais

Neste estudo, por meio do dispositivo comparativo socioanalítico, foi possível identificar que a oferta/demanda dos testes rápidos e aconselhamento apresenta diferentes arranjos. Apesar das diretrizes que orientam os serviços serem as mesmas, o trabalho vivo em ato permite a conformação de diferentes modos de apropriação e constituição do trabalho.

Diante da diretriz de expansão da oferta do diagnóstico para HIV e outras ISTs, a APS coloca-se como dispositivo privilegiado, em decorrência de sua capilaridade, por constituir-se como porta de entrada prioritária do sistema de saúde e por estar comprometida com a ampliação do acesso à saúde. Entretanto, a mera presença dos testes nas unidades não necessariamente é revertida em ampliação de acesso, devendo tornar-se objeto de reflexão os modos de oferta ao diagnóstico para HIV e outras ISTs ancoradas nas realidades locais de cada UBS/ESF.

Constatou-se ainda que a confusão entre o modelo de AB tradicional e de ESF dificulta uma tomada clara de posição por parte das equipes, oscilando entre a espera da “demanda espontânea” ou a produção desta demanda junto à população, com foco na prevenção e no planejamento de ações com base na territorialização.

Desnaturalizar, por meio do dispositivo comparativo, além de evidenciar a conformação de diferentes realidades, permitiu também abrir um campo de possibilidades. O efeito produzido pelo analisador pode ser tanto o de revelar algo que estava escondido como o de dar um sentido diferente a fatos já conhecidos, mostrando que aquilo que se faz pode ser feito de outros modos (L'Abbate, 2013). Este artigo buscou produzir interrogações entre gestores e equipes de saúde, em relação aos seus modos de produzir a oferta de ações, bem como sobre o modo como tais ofertas modulam as demandas, abrindo possibilidades de outras conformações para as práticas de oferta dos testes rápidos na APS.

O estudo apresenta limitações, já que se refere à realidade de duas UBS de um município, não permitindo generalizações. Cabe ressaltar a necessidade de que sejam realizados outros estudos em outros municípios e UBS, buscando compreender a oferta/demanda na descentralização de testes rápidos e aconselhamento na APS.

### Referências

- Agostini, R. (2021). *E AIDS lá é coisa de família?: (Re)configurações da assistência às pessoas vivendo com HIV a partir da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro* (Publicação n. 354492139) [Tese de Doutorado, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz].
- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: Percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1841–1849. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000600019>
- Barbosa, T. L. A., Gomes, L. M. X., Holzmann, A. P. F., Paula, A. M. B., & Haikal, D. S. (2015). Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primária: Percepção e prática profissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 531–538. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500089>
- Baremblytt, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática*. Rosa dos Tempos.
- Borges, F. A., Rézio, L. A., L’Abbate, S., & Fortuna, C. M. (2018). A entrada no campo e a fabricação de dispositivos em pesquisas socioclínicas. *Psicologia em Estudo*, 23, e40373. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e40373>
- Carvalho, V. K. A., Godoi, D. F., Perini, F. B., Vidor, A. C., & Baron, G. (2020). Cuidado compartilhado de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária: Resultados da descentralização em Florianópolis. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 15(42), 20–66. [https://doi.org/10.5712/rbmfmc15\(42\)2066](https://doi.org/10.5712/rbmfmc15(42)2066)
- Foucault, M. (2019). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (8ª ed.). Paz & Terra.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2005). A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Matos (Eds.), *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos* (pp. 181–193). Cepesc/Uerj/Abrasco.
- Giovanella, L., Bousquat, A., Schenkman, S., Almeida, P. F., Sardinha, L. M. V., & Vieira, M. L. F. P. (2020). Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: O que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 2543–2556. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>
- Giovanella, L., Franco, C. M., & Almeida, P. F. (2020). Política Nacional de Atenção Básica: Para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1475–1482. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2012). Atenção Primária à Saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha, & A. I. Carvalho (Eds.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil* (2ª ed.). Fiocruz.
- Guizard, F. L., Lopes, M. R., & Cunha, M. L. S. (2011). Contribuições do Movimento

- Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In R. A. Mattos & T. W. F. Baptista (Eds.), *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 200–218). IMS/ENSP.
- Hess, R. (2006). Momento do diário e diário dos momentos. In E. C. Souza & M. H. M. B. (Eds.), *Tempos, narrativas e ficções: A invenção de si* (pp. 89–103). EDIPUCRS.
- L'Abbate, S. (2013). Análise Institucional e Saúde Coletiva: Uma articulação em processo. In S. L'Abbate (Ed.), *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil* (pp. 31–88). Hucitec.
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. UERJ.
- Martins, J. S., Abreu, S. C. C., Quevedo, M. P., & Bourget, M. M. M. (2016). Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 11(38), 1–3. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (3ª ed.). Hucitec/Abrasco.
- Ministério da Saúde. (2008). *Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para a equidade e o acesso*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_testagem\\_aconselhamento\\_brasil.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_testagem_aconselhamento_brasil.pdf).
- Ministério da Saúde. (2014a). *Cinco passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Guia para gestores*. [https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/95\\_1a77b46bf180de3257b89a1e010b2324](https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/95_1a77b46bf180de3257b89a1e010b2324)
- Ministério da Saúde. (2014b). *Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_boas\\_praticas\\_hiv\\_aids\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_boas_praticas_hiv_aids_atencao_basica.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017). *Cinco passos para a prevenção combinada ao HIV na Atenção Básica*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco\\_passos\\_revencao\\_combinada\\_hiv\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cinco_passos_revencao_combinada_hiv_atencao_basica.pdf)
- Nardi, H. C. (2008). O estatuto da diversidade sexual nas políticas de educação no Brasil e França: A comparação como ferramenta de desnaturalização do cotidiano de pesquisa. *Psicologia & Sociedade*, 20(spe.), 12–23. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000400004>
- Paula, I. A., & Santos, N. J. S. (2012). A prevenção às DST/AIDS nos serviços de Atenção Básica no estado de São Paulo, 2012. In V. Paiva, G. Calazans & A. Segurado (Eds.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde* (pp. 219–240). Juruá.
- Pinto, V. M., & Capeletti, N. M. (2019). Reorganização do modelo de atenção às pessoas vivendo com HIV: A experiência do município de Florianópolis/SC. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), 1–8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1710](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1710)
- Portaria n. 151, 14 de outubro de 2009. (2009). *Estabelece fluxograma mínimo para diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos acima de 18 meses*. Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151\\_14\\_10\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0151_14_10_2009.html)
- Portaria n. 77, 12 de janeiro de 2012. (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*. Ministério da Saúde. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html)
- Portaria n. 2.436, 21 de setembro de 2017. (2017). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no*

- âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). (2015). *90-90-90: Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. [https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf)
- Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016. (2016). *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais*. Conselho Nacional de Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 64–73. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>
- Rocha, K. B., Santos, R. G., Freire, I., & Pizzinato, A. (2018). Percepção dos Profissionais para Implantação do Teste Rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. *Revista Psicologia e Saúde*, 10(3), 17–29. <https://doi.org/10.20435/pssa.v10i3.555>
- Rocha, K. B., Santos, R. R. G., Conz, J., & Silveira, A. C. T. (2016). Transversalizando a rede: O matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde em Debate*, 40(109), 22–33. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610902>
- Rocha, K. B., Souza E. R. A., Moro, L. M., Zanardo, G. L. P., & Pizzinato, A. (2018). Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/AIDS. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 67–78. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Vozes.
- Zambenedetti, G., Piccinini, C. A., Sales, A. L. L. F., Paulon, S. M., & Silva, R. A. N. (2014). Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 34(3), 690–703. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282033510011>
- Zambenedetti, G., & Silva, R. A. N. (2015). O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia*, 20(4), 229–240. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150024>
- Zambenedetti, G., & Silva, R. A. N. (2016). Descentralização da atenção em HIV-AIDS para a atenção básica: Tensões e potencialidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 785–806. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>

Recebido em: 03/05/2022

Última revisão: 24/11/2022

Aceite final: 22/05/2023

#### Sobre os autores:

**Emaline Angélica de Paula Santos:** Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). Mestre em Desenvolvimento Comunitário e Psicóloga pela UNICENTRO. **E-mail:** emalineaps@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0003-2752-4368>

**Gustavo Zambenedetti:** Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). **E-mail:** gugazam@yahoo.com.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-7372-9930>

