

DA GLOBALIZAÇÃO DE INFECÇÕES/DOENÇAS AO ESTIGMA: O HIV AO SUL DO EQUADOR

FROM THE INFECTIONS/DISEASES GLOBALIZATION TO STIGMA: HIV SOUTH OF THE ECUADOR

Jeziel Silveira Silva

Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Goiás (IESA)
jezielsilveira@discente.ufg.br

Ivan Ignácio Pimentel

Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
ivan.pimentel@uerj.br

RESUMO

Considerando que diversas doenças/infecções assolam a população brasileira desde a chegada dos portugueses ao “novo continente”, o presente trabalho tem como objetivo demonstrar a forte correlação entre a aceleração do processo de globalização e a chegada de diversas pandemias ao Brasil, em especial o HIV/AIDS, doença que na década de 1980 era chamada de “peste gay” e foi responsável pela estigmatização da homossexualidade masculina. Ao longo do tempo, muitas conquistas foram obtidas pelos movimentos sociais, como o tratamento do HIV e a difusão de informações legítimas sobre o HIV/AIDS, uma vez que a infecção/doença impacta toda a sociedade. Apesar disso, dias difíceis tomam conta do país, ameaçando a existência do SUS e a oferta gratuita de medicamentos pré e pós-exposição ao vírus. Como materiais e métodos, destacamos a revisão bibliográfica com a presença de triangulação de métodos, observando os olhares dos pesquisadores sobre o fenômeno a partir de mais de um ângulo, método de revisão de literatura de cunho sistemático, coletando dados e salientando evidências a respeito do cenário do HIV/AIDS no Brasil e, por fim, traçamos uma análise documental de cunho historiográfico que ampara esta pesquisa e contribui de forma substancial para a construção teórico-metodológica deste artigo. Logo, como resultados, percebe-se que desde o Brasil Colônia a globalização de doenças tem acometido milhares de pessoas e que, ainda hoje, após 40 anos do primeiro caso de HIV/AIDS, a culpabilidade tem sido profundamente direcionada para determinados grupos sociais.

Palavras-chave: HIV. Espacialidade. Globalização. Brasil.

ABSTRACT

Considering that several diseases/infections have plagued the Brazilian population since the arrival of the Portuguese to the "new continent", this paper aims to demonstrate the strong correlation between the acceleration of the globalization process and the beginning of several pandemics in Brazil, particularly HIV/AIDS, a disease that in the 1980s was called "gay plague" and was responsible for stigmatizing male homosexuality. Over time, many achievements have been obtained by social movements, such as HIV treatment and the dissemination of legitimate information about HIV/AIDS, as the infection/disease impacts the society as a whole. Despite this, difficult days take over the country, threatening the existence of the Unified Health System (SUS) and the free access to pre- and post-exposure medication to the virus. Regarding materials and methods, we highlight the literature review employing triangulation of methods, observing the views of researchers about the phenomenon from multiple angles, the systematic literature review method, collecting data and highlighting evidence about the scenario of HIV/AIDS in Brazil and, finally, we draw a documentary analysis of historiographic nature that supports this research and contributes substantially to the theoretical and methodological framework of this article. The results demonstrate that since colonial Brazil the globalization of diseases has affected thousands of people, and that even today, 40 years after the first case of HIV/AIDS, the blame continues to be directed at certain social groups.

Keywords: HIV. Spatiality. Globalization. Brazil.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos séculos, o mundo vem atravessando inúmeras transformações, pois ao compreendermos a globalização como um processo, podendo destacar a evolução dos meios de transporte e comunicação como mecanismo responsável pelo aumento da integração, possibilitando o crescimento da circulação de pessoas em todo o planeta, contribuindo para questões sociais, culturais, políticas. No atual contexto do capitalismo tardio, as limitações de locomoção vivenciadas durante o século XVI foram substituídas pelo vai e vem dos aeroportos, (re)significando a figura do aventureiro ou do indivíduo que percorre muitas terras, uma vez que hoje o “homem de negócios ou empresário” transita com mais facilidade ou controla seus investimentos com um computador portátil.

Este “corpo móvel”, que agora se desloca sem dificuldades, mantém algo em comum com o indivíduo das Grandes Navegações: carrega consigo diversos elementos que vão desde elementos culturais a doenças que impactam diversas espacialidades. Em outras palavras, considera-se relevante não deixar de lado que o processo de integração iniciado pelas Grandes Navegações, e acentuado pela evolução dos meios de transporte e de comunicação, tenha proporcionado outros tipos de intercâmbios, como as grandes enfermidades. A título de exemplo, pode-se destacar a varíola, a peste negra, entre outras, conforme Singer *et al.* (1981).

Desde a chegada dos portugueses ao Brasil, diversas doenças que aqui se manifestaram representaram um grande desafio para a população, porém, ao longo do tempo, foram desenvolvidas medidas de combate, como a prevenção ou a criação de vacinas e medicamentos com o intuito de erradicar tais patologias responsáveis por milhares de mortes ao longo de sua existência, segundo Silva (2015). Porém, desde a década de 1980, outras doenças/infecções têm fomentado novas questões envolvendo saúde pública e coletiva, criando novos desafios para sua redução e erradicação, como o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, foco central da nossa breve análise.

Com seu aparecimento na década de 1980, o HIV pode ser considerado uma das doenças que mais atinge a população mundial², em diferentes faixas etárias e gêneros, ultrapassando barreiras físicas, econômicas, políticas e sociais. Considerado uma epidemia no final do século XX, o HIV proporcionou ao Brasil uma repercussão impactante e importante no cenário latino-americano, exigindo que o Sistema Único de Saúde se empenhasse em políticas públicas e investimentos na pré-exposição e pós-exposição³, embora a difusão de informações sobre tais procedimentos ainda seja limitada e tenha um público específico.

Com o prosperar dos anos 1980, através de políticas públicas, buscou-se uma análise cartográfica social-urbana capaz de esquadrihar as regiões da cidade, verificando onde estavam os focos da doença a fim buscar sua erradicação (BARCELLOS *et al.*, 1996; TREVISAN, 2002). Porém, a cartografia realizada pode ser considerada equivocada à medida que busca por culpados pela transmissão do HIV, pois constata-se que os espaços cartografados (bares, boates, praças e saunas) eram frequentados por homossexuais masculinos e passaram a ser categorizados como locais onde a patologia era disseminada, estigmatizando um determinado grupo e, conseqüentemente, os espaços frequentados por estes sujeitos. Para Goffman (2004), mesmo que ele mantivesse em segredo o HIV na década de 1980, representava um estigma, uma marca que indivíduo passava a carregar em seu corpo, levando-o muitas vezes a sentir-se culpado por ter contraído a doença ou por ocultar a sua situação perante pessoas íntimas.

Além de muitas vezes ter que carregar a dor da culpa por ocultar a doença, este panorama fez com que o HIV, por mais de duas décadas, estivesse totalmente ligado a esse grupo populacional junto aos

² Atualmente, existem cerca de 38 milhões de pessoas vivendo com HIV ao redor do mundo, conforme as Estatísticas Globais sobre HIV (2020) do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Ao analisar os dados, percebemos que o continente americano se destaca, principalmente no que diz respeito à América Latina e, sucessivamente, o Brasil, devido à quantidade de casos. Hoje, identifica-se cerca de 920 mil pessoas vivem com HIV no país, sendo 41.919 casos novos de HIV no ano de 2019, segundo o Boletim Epidemiológico 2020 – HIV/AIDS. Além disso, conforme Dartora *et al.* (2017), o Brasil é também o país que mais concentra casos de novas infecções por HIV na América Latina, respondendo por 48% das novas infecções.

³ O que percebemos é que as profilaxias pré/pós-exposição sexual (PrEP e PEP) estão no centro de debates sobre novas possibilidades de prevenção do HIV, aumentando, assim, o controle a respeito da epidemia global. Contudo, a “População Chave” continua sendo a população LGBTQIA+, centro de debates e discussões desde o surgimento do HIV e que continua sendo estigmatizada. Mesmo apontando mudanças sociais, econômicas, culturais e geográficas, percebe-se que as palavras-chave “práticas sexuais”, “vulnerabilidade social” e “adesão” continuam profundamente ligadas apenas a determinados grupos, afastando outros de métodos clássicos e modernos de prevenção.

profissionais do sexo, atraindo e fomentando os estudos e as medidas de profilaxia. Através da “peste gay”, o homossexual masculino passou a ser ainda mais marginalizado pela sociedade, tornando-se o principal foco e objeto de delineamento do HIV.

Segundo Rotello (1998), seus espaços de interação e convívio passaram a ser categorizados como locais a serem combatidos. Entretanto, com o passar do tempo, o cenário referente à incidência de HIV tem se transformado, abarcando então um novo quadro, pois indivíduos de distintas etnias, localidades, orientações sexuais, classes sociais e culturais integram uma nova concepção a respeito dos comportamentos sociais e sexuais, suscitando, assim, novos indicadores para a compreensão e análise dos conjuntos de indagações e contrariedades que envolvem o HIV.

Como justificativa, pode-se afirmar que embora a área de Geografia da Saúde tenha avançado nas últimas décadas, ainda carecemos de novas investigações envolvendo a temática central do presente trabalho. Sabe-se que a pesquisa advém de questionamentos e indagações diante do que vemos e vivemos, e que esta nos conduz, mesmo diante de dificuldades, a novas descobertas e, conseqüentemente, a saberes até então não contemplados em toda sua plenitude pela academia. Por isso, ao averiguar a insuficiência de pesquisas acadêmicas a respeito da temática proposta, fomos motivados a investigar a temática supracitada e contribuir para a Geografia da Saúde através de um debate envolvendo um tema tão caro e, ao mesmo tempo, ainda pouco explorado pela geografia acadêmica brasileira.

Considerando o atual momento, marcado pela pandemia do COVID-19, uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2 e detectada inicialmente na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, devido à globalização das doenças⁴, ela se alastrou pelo mundo e chegou ao Brasil. Entretanto, com a mesma intensidade, mesmo com o atual negacionismo de uma parcela da sociedade brasileira, tomou-se conhecimento dos seus impactos e buscou-se meios para evitar a propagação. Porém, tal doença não pode ser associada ao HIV/AIDS, pois mesmo sabendo que o vírus foi trazido ao Brasil por conta da evolução dos meios de transporte, além de todo o acesso à informação e sabendo que o vírus impacta a todos, ainda hoje, 40 anos após sua chegada, permanece viva entre nós a ideia do HIV/AIDS como uma maldição, marginalizando as pessoas infectadas. Isso pôde ser observado através da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), que fez questão de se posicionar após o Presidente “Messias” ter afirmado, em 05 de maio de 2020, que a pessoa com HIV/AIDS representa “uma despesa para todos no Brasil”, além de “um problema sério para ela mesma”⁵.

Diante da breve abordagem, a presente pesquisa tem como objetivo geral a realização de uma breve análise, a partir de uma perspectiva histórico-geográfica, sobre a presença de doenças e infecções no Brasil, dando enfoque ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), visto que a infecção/doença ainda é grave e representa uma importante questão envolvendo a saúde pública nacional. Desta maneira, o trabalho possui como método: (a) Revisão bibliográfica com a presença de triangulação de métodos (MARCONDES; BRISOLA, 2014), dado ao exposto que o olhar do pesquisador a partir de um mesmo fenômeno contemplou mais de um ângulo – a ciência geográfica, a ciência social e a ciência médica; (b) Revisão Bibliográfica com a presença do método de revisão de literatura de cunho sistemático (SAMPAIO; MANCINI, 2007), dado ao exposto que buscaremos a partir de uma amostragem na literatura coletar dados, salientando evidências a respeito da temática. Além disso, este tipo de investigação nos permite construir estratégias de intervenção, apresentando a discussão do objeto analisado a partir de um viés crítico; (c) Análise Documental de cunho historiográfico (PIMENTEL, 2001), onde buscaremos por meio de informações contidas em documentos como anais, livros, publicações e outros, localizar informações importantes que servem de acesso e caminho para o projeto proposto e sua temática.

⁴ O termo Unificação Microbiana é um termo muito presente na área das ciências da saúde, principalmente por médicos. Somos geógrafos e o termo globalização de doenças é o mais adequado ao texto. Além disto, o termo globalizaçãodeve ser vista para além de algo de conotações políticas-econômicas. Adequar o termo globalização (inclusive pautado em Santos) num viés político e econômico seria reduzir a sua totalidade. Optamos por manter o conceito neste caso e corroborar com o pensamento de Berlinguer (1999) visto que “a globalização das doenças, ou seja, a difusão dos mesmos quadrosmórbidos por todas as partes do mundo começou no ano de 1492, com adescoberta (ou conquista) da América, que assinalou, para povos e doen-ças, a passagem da separação à comunicação. Antes disso, diferentes condi-ções de ambiente, de nutrição, de organização social e cultural, de presençaou ausência de agentes e de vetores biológicos das doenças transmissiveishaviam criado quadros epidemiológicos muito desiguais, no velho e nonovo mundo (p.23)”.

⁵ Disponível em:<https://exame.com/brasil/pessoa-com-hiv-e-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro/>. Acesso em 10 de junho de 2022.

Por fim, transfigura-se necessário entender que a ciência geográfica desempenha um papel importante no que diz respeito ao contexto da organização dos espaços, segundo Pedrosa *et al.* (2019), colaborando para a compreensão da espacialização e disseminação da doença no espaço urbano e sua correlação com a vida e os horizontes. Elemento fundamental que, em algum momento, talvez possa ser utilizado em políticas públicas, pois o saber geográfico nos possibilita enxergarmos o espaço de forma rica e ampla, “trazendo à luz” a multiplicidade dos fenômenos subjetivos e intrínsecos a determinados recortes espaciais.

AS EMBARCAÇÕES PORTUGUESAS, SEUS TRIPULANTES, DOENÇAS E INFECÇÕES: O ATLÂNTICO VISTO DO LADO DE CÁ

A expansão marítima que alguns países da Europa mergulharam no século XV, com o objetivo de romper as barreiras comerciais impostas pelos árabes, promoveu inúmeras transformações nas “novas terras” invadidas. O fascinante espírito aventureiro além-mar representa uma perspectiva dicotômica, pois, se por um lado as penínsulas ibéricas lançavam em alto mar marinheiros corajosos a fim de romper as barreiras e conquistar novos territórios, amparados por um arsenal de embarcações e canhões, por outro, a mesma caravela trazia consigo elementos indesejáveis, como a ausência de condições sanitárias e, conseqüentemente, a proliferação de doenças e infecções não presentes entre os considerados “menos desenvolvidos”.

Naquele período, a concepção de espaço geográfico ainda era bastante restrita. Ultrapassar as limitações impostas a partir do desenvolvimento da técnica representava um importante passo para a criação de novas concepções espaciais, e para o incipiente processo de globalização. Assim, o contato com as Américas torna-se constante, fazendo com que as doenças e infecções emergidas em determinadas áreas circunscritas deixassem de ficar restritas apenas àqueles espaços. Em outras palavras, o processo de integração (mesmo que limitado), proporcionou o avanço de diversas enfermidades transmissíveis, uma vez que elas acompanharam seus vetores de transmissão durante suas aventuras ultramarinas.

Para Berlinguer (1999), doenças e infecções que existiam apenas nos espaços restritos do colonizador avançam em direção às Américas e passam a incidir sobre as comunidades consideradas tradicionais, uma vez que após a chegada ao Brasil, as trocas comerciais foram intensificadas e o “desbravamento” das novas terras passou a fazer parte da “ordem do dia”. Assim, a “Globalização das Doenças” foi capaz de elevar a incidência de patologias, que até então eram desconhecidas em diversas partes do mundo. Como consequência, as altas taxas de mortalidade passaram a incidir entre colonizadores e nativos. Assim, se adotou a espacialização como uma medida fundamental para interpretar e entender as doenças e, conseqüentemente, adotar medidas que possibilitavam o melhoramento das condições de saúde das populações, sem contar a melhoria nas redes de abastecimento de água no sistema de esgotos, segundo Singer *et al.* (1981).

Nesse sentido, ao considerar os impasses de higiene oriundos da concentração de populações nas cidades inglesas devido à Revolução Industrial, Lima (2016, p. 45) destaca que a medida social adquire um caráter de grande importância, pois “nos estudos de topografia médica do século XVIII” detectam a necessidade de “polícia médica do século XIX”, com uma proposta sanitária de combate às doenças. Novas teorias médicas que destacam a importância dos aspectos geográficos passam a intervir no cotidiano da sociedade através de políticas públicas proporcionadas pelas teorias higienistas.

A partir do crescimento da medicina social, os surtos epidêmicos que acometiam grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro possibilitaram o desenvolvimento de teorias higienistas, uma vez que estes precisavam ser combatidos por causa dos vetores de expansão. Pouco demorou para que as teorias elaboradas por médicos sanitários, que objetivavam o controle, combate e erradicação de determinadas áreas, promovessem modificações urbanas e sociais no decorrer dos séculos XVIII e XIX, principalmente através de normas de comportamento e organização espacial. Porém, apesar do avanço das teorias, algo permanecia inerte: a culpabilização da população pobre. Assim, o processo de higienização do espaço, além de combater doenças através de intervenções urbanas⁶, impôs expulsões e responsabilizou a população pobre e doente pelas epidemias.

⁶ É válido mencionar a ideia de combate aos vetores de doenças, pedestal das reformas urbanas na Europa (século XIX) e Brasil (século XX), dado ao exposto que, conforme Lima (2016, p. 62) “a destruição dos cortiços, por exemplo, tinha função de desalojar os vetores, os pobres que eram ‘pestilentos’ e podiam transmitir doenças ao resto da população. Os cortiços eram vistos como lugares para esconder vagabundos e a criminalidade, como também a origem das epidemias, que ameaçavam a ordem moral, social e da saúde pública”.

Pode-se afirmar que mais do que elaborar um mapa, a geografia vem trabalhando lado a lado com a medicina social, apresentando a sua capacidade de espacializar diversos fenômenos, possibilitando análises mais precisas e investigações mais ricas. Ao contribuir para a compreensão da sociedade, sua relação com o meio e os impactos advindos do processo de urbanização, a geografia contribui para que o fenômeno possa ser observado a partir de múltiplos olhares. Nesse contexto, destaca-se o conceito de saúde/doença, dado ao exposto que a relação do conceito sempre esteve interligada com a geografia, afinal, ambas compartilham dos mesmos pilares: sujeito, meio, espaço.

Segundo Dantas *et al.* (1998), na história natural das doenças, assim como a geografia e suas correntes de pensamentos, conceberam distintas teorias a fim de explicar e justificar a incidência de patologias e como elas eram distribuídas espacialmente. A medicina tropical, utilizada para evidenciar as desigualdades sociais, econômicas e políticas, ao longo do tempo possibilitou a categorização para identificar a ocupação das regiões tropicais do globo e como essa dinâmica se difere das demais zonas, conforme Barbosa (1985). Nesse sentido, diversas categorias foram utilizadas para identificar doenças que emergiam, mapeando as áreas nas quais determinadas patologias pudessem ser encontradas e transmitidas com maior facilidade, como o caso das “Doenças Tropicais”, que como o próprio nome já diz, ficaram concentradas nas regiões tropicais e subtropicais do globo.

Enquanto boa parte da Europa tinha se recuperado de sua pior epidemia, a peste bubônica, – oriunda da Ásia através das pulgas que ficavam em ratos contaminados, que viajavam ao longo da Rota da Seda e se espalhavam rapidamente pelo continente Europeu, fomentando a morte de aproximadamente 200 milhões de pessoas – do lado de cá do Atlântico, nações sofriam com os processos pós-colonização, pois algumas doenças e infecções só começaram a emergir quando as primeiras caravelas europeias chegavam à América. Nesse sentido, para Martins *et al.* (1997), foi por meio das Grandes Navegações que o continente americano passou a apresentar casos epidemiológicos de: sarampo, varíola, febre amarela, cólera, entre outras enfermidades que até então eram desconhecidas. Assim, pode-se afirmar que a chegada dos europeus em terras brasileiras foi capaz de fomentar transformações em diversos setores, principalmente nas esferas de organização social, espacial e cultural dos povos nativos, mas não podemos deixar de lado as transformações epidemiológicas ocasionadas pelos “povos desenvolvidos”.

Para Singer *et al.* (1981), isso também pode ser observado com a chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, a abertura e ampliação dos portos ao comércio exterior, e com a profunda e intensa comercialização de escravos através do tráfego entre Brasil e África. Pois, ao mesmo tempo em que suscitaram destaque econômico para uma elite pertencente à colônia, também possibilitaram a penetração de novas enfermidades, até então desconhecidas pelos povos considerados “primitivos”, os tradicionais habitantes da terra que passou a ser chamada de Brasil. Dessa forma, as infecções consideradas tradicionais acrescentaram-se a novas doenças, ocasionando ainda mais mortes e dissipando uma parcela considerável da população tradicional, conforme aponta Bernard (1997).

Diante do surgimento de “novas doenças”, a exclusão espacial passou a fazer parte do cotidiano daqueles que conviviam com determinadas patologias, como por exemplo, o caso da hanseníase (conhecida antigamente como lepra). Apesar de ser uma doença milenar, carregou consigo o medo e o estigma daqueles que possuíam a doença. A ideia de sua erradicação nesta época foi a mais imprudente possível: primeiro, o indivíduo era excluído do contexto geográfico. Não podendo viver em sociedade, ele era retirado da vida em comunidade e obrigado a direcionar-se a zonas onde viviam os doentes, como as cavernas ou vales, conforme destaca o Velho Testamento através do Livro de Levíticos (13: 45-46), ao denominar a espacialidade de pessoas atingidas pela doença como “Vale Dos Leprosos”.

Em casos extremos, quando os membros da família tivessem contraído a doença, o local – neste caso, a casa, a morada – era incendiado, acreditando-se que a doença seria exterminada. Cabe ressaltar a forte influência do viés ideológico religioso sobre as medidas adotadas com pessoas impactadas pela hanseníase, pois conforme Castro (2017, p. 20), era categorizada como “uma maldição, praga, um castigo para os insubmissos”. O ponto mais catastrófico pode ser observado no Brasil, pois embora estejamos usando exemplos do Velho Testamento, até meados da década de 1980, no nosso país, pacientes que conviviam com a doença ainda eram encontrados em hospitais colônia⁷, ou seja, os famosos leprosários.

⁷ No Brasil, esses espaços se concentravam em diversos locais, destacando-se Minas Gerais (Santa Isabel, como a maior colônia do Brasil) e o Rio de Janeiro (Hospital dos Lázaros, no século XVII, pioneiro nos tratamentos da doença) (CASTRO, 2017). Esses espaços também eram responsáveis por abrigar toda condição humana que não

Em Lima (2016), observa-se que o espaço é palco de inúmeras narrativas presenciadas pela sociedade humana, incluindo-se também a história natural das doenças. Nesse sentido, defende-se que as doenças e infecções vagam transversalmente por todo mundo, não permanecendo apenas no seu lugar de origem. Contudo, com a aceleração do processo de globalização, principalmente na segunda metade do século XX, o espaço geográfico tornou-se mais integrado, facilitando a circulação de pessoas e a troca simbólica entre os indivíduos. Assim, segundo Lefebvre (2001), à medida em que as diversas transmutações na dinâmica demográfica e da industrialização cresciam, as problemáticas da cidade também afloravam, como por exemplo, a concentração de pessoas em habitações precárias, a miséria, mendicância, roubos e alcoolismo, "tornando a cidade o lugar das doenças e infecções" (LIMA, 2016, p. 60).

A priori, são múltiplos os indicadores e marcos das metamorfoses diante da "circunstância de trabalho, hábitos de consumo, configurações geográficas e geopolíticas" (HARVEY, 2008, p. 117), transformando e aprimorando a sociedade diante de um capitalismo pós-guerra, conforme Hobsbawm (1995). Se por um lado, nos setores econômico e político, o mundo passava a transfigurar mudanças significativas para a vida humana, por outro, essa mesma vida mergulhava em desdobramentos negativos diante da esfera social, principalmente no que diz respeito à saúde pública, seja ela individual ou coletiva. A globalização desigual, conforme afirma Santos (2006), trouxe à tona um novo desafio para os países subdesenvolvidos no final do século XX. Se alguns países do hemisfério Norte, após longas e intensas epidemias, aprimoraram seus métodos de erradicação, outras nações, principalmente as menos desenvolvidas, ainda tinham muito que conquistar.

Nessa esfera, oriunda das especificidades de sua colonização e das desigualdades econômicas e sociais em proporções alarmantes, os países que se localizam ao sul da linha do Equador, embora muitos estejam inseridos na rota global, ao seguirem a cartilha neoliberal proposta pelas economias centrais, passaram a configurar enormes paradoxos socioeconômicos. Dessa forma, ao mesmo tempo que são consideradas as regiões globais mais vulneráveis, devido às disparidades geoeconômicas mundiais, principalmente no que diz respeito ao contexto de saúde pública, realizam constantes cortes de gastos e, ainda hoje, continuam a reproduzir o "Vale dos Leprosos" anteriormente apontado. Com a escassez de investimentos, setores fragilizados são ainda mais impactados com a criminalização da pobreza e com as constantes ameaças que envolvem o fim de políticas públicas na área da saúde.

AVANÇO DAS PANDEMIAS E O ESTIGMA AO SUL DA LINHA DO EQUADOR

Os impactos das novas doenças e infecções no novo mundo, principalmente as contagiosas, tiveram como vetores verticais e horizontais as viagens, pois um único tripulante infectado, além de propagar a doença entre os tripulantes das naus, poderia facilmente transmitir doenças para um maior número de pessoas. Porém, com o avanço das doenças oriundas do velho mundo e o crescimento das taxas de mortalidade em certas regiões, observa-se a necessidade de criar mecanismos capazes de conter a expansão das doenças, preservando a vida da população.

Apesar das doenças terem se propagado a partir da intensificação das relações comerciais, as teorias higienistas desenvolvidas reproduziam diversos aspectos da modernidade, responsabilizando os escravos negros e indígenas, considerados "inferiores e primitivos", como os hospedeiros e transmissores de doenças/infecções. Para Maio (2004), o afloramento de um pensamento higienista de corte racista delineava o problema e atraía olhares de diversas civilizações que se deslocavam em busca de melhores condições de vida, trabalho e qualidade de vida.

O "corpo e a alma" europeu, respaldado pela "razão universal", jamais colocaria uma "nação branca, civilizada, intelectual e desenvolvida" como transmissora de doenças e infecções. Logo, responsabilizar, incriminar, condenar e estigmatizar outras etnias aflorava como solução. A insensatez dos intelectuais do século XIX foi extremamente profunda, de modo que a principal política sanitária a ser concretizada tinha como caráter uma "teoria contagionista", na qual os negros seriam responsáveis pela transmissão de múltiplas patologias e alguma coisa deveria ser feita.

À vista disso, os mestiços, indígenas, negros e toda população brasileira passaram a ser vistos como inferiores ou subalternos, afinal, "o sul do Equador", de acordo com a visão hegemônica, ocupava uma posição de pouco privilégio nas hierarquias construídas pela modernidade. Assim, as normas, orientações e práticas de higiene serão marcadas pela soberania do modelo médico, uma visão de

se encaixava na sociedade vigente, como o caso do Hospital Colônia de Barbacena, que tornou-se um lugar (des)humano, abrigando pessoas "alienadas" que eram consideradas "loucas" na época, além de abrigar homossexuais, pessoas portadoras de necessidades especiais, mães solteiras, entre outros perfis que não condiziam com a sociedade.

mundo que corresponde às janelas que negligenciam frequentemente parte dos sistemas simbólicos que tangem a vida coletiva que se localizam periféricamente, conforme Le Breton (2007).

Assim, a partir da metade do século XIX e durante parte do século XX, o mundo presenciou intensamente as mudanças e os progressos sanitaristas que objetivavam a contenção de doenças e infecções. Segundo Berlinguer (1999), muitas enfermidades que foram disseminadas tiveram seu diagnóstico diante dos modos de transmissão ou contaminação revelados. A introdução de medidas de erradicação, como por exemplo, vacina e soros, foram cruciais no combate de algumas epidemias. Juntamente com isso, muitas cidades passaram a contar com saneamento básico, diminuindo a exposição ao lixo e ao esgoto a céu aberto, principalmente em São Paulo e no Rio de Janeiro.

A relação imutável entre políticas de saúde pública e o desenvolvimento do capitalismo no Brasil foi incontestável, principalmente por estarem sujeitas e vinculadas aos interesses das classes dominantes. A servidão, neste âmbito, fomentou diversos interesses, principalmente no que diz respeito à saúde, a única "racionalidade" era lançar operações e intervenções com orientações e direções sanitaristas. Essas medidas passaram o cotidiano da esfera brasileira, amparadas pelo escopo de controlar determinadas doenças/infecções, voltadas nitidamente para a reprodução da força de trabalho, até porque com os casos de febre amarela explodindo e a tuberculose emergindo com força total, o cenário não era nada encantador e múltiplas patologias estavam prestes a vociferar, conforme afirmam Lima e Hochman (2004).

Recapitular essas práticas materiais e de reprodução social é necessário para regressar num eixo que é substancial frisar: o comportamento e as práticas sexuais. O corpo, ao materializar-se através do homem, se torna marca do indivíduo, delimitando e impondo fronteiras, normatizando comportamentos onde a perspectiva de gênero e raça funcionavam como um imperativo para a sexualidade. O corpo passa a ser a peculiaridade mais evidente do ser, ancorando desejos, práticas e armadilhas, conforme Le Breton (2007).

Após a "descoberta", depois da conquista e colonização das Américas, os povos tradicionais foram colocados em contato direto com europeus e africanos, portadores de enfermidades não presentes no cenário anterior à chegada dos imigrantes, inclusive enfermidades vinculadas ao ato sexual. Nesse contexto, conhecido inicialmente como o "mal das índias", a sífilis pôde ser evidenciada desde a viagem inicial de Colombo, pois com suas expedições e a propagação da doença, ela fomentou a morte de muitos indivíduos. Todavia, para os contemporâneos, o berço desse mal não deixou nenhuma incógnita, uma vez que velejando ao redor do mundo, a sífilis amplia sua vivência, agregando elos de sofrimento e morte perante a descoberta da América, conforme afirma Bernard (1997).

Correlacionar o processo de globalização e o avanço das infecções contemplando a história da sífilis, pode ser considerado um ponto de partida para que se possa compreender que muitas doenças chegaram ao Brasil através do contato com outros povos que migraram de forma espontânea ou forçada, como ocorreu com os escravizados que vieram da África. Destacar a sífilis é importante para destacarmos que, segundo Neto *et al.* (2009, p. 123), "o preservativo de látex foi criado, produzido a partir de 1880 e popularizado a partir da década de 1930", o que simboliza que tanto os povos considerados "desenvolvidos" como os "subdesenvolvidos" navegavam na mesma caravela, desconsiderando que diversas infecções e doenças poderiam ser combatidas pelo uso da camisinha.

A eclosão e identificação do Vírus Da Imunodeficiência Humana - HIV e conseqüentemente da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS no fim dos anos 1980, fez com que o mundo parasse diante de tamanho impacto, a "cortina" que separava o mundo em nações ricas e pobres "se dissolvia", e o mundo estava prestes a enfrentar uma nova patologia ainda pouco conhecida que se espalhava rapidamente. Nesse período, o vírus do HIV se tornou capaz de proporcionar uma série de esforços para mitigar a transmissão e a sua incidência, todavia, a luz no horizonte começou a emergir após os avanços científicos provenientes de pesquisas, contribuindo para que os estudiosos da época percebessem que o vírus provocava o enfraquecimento no sistema imunológico humano e, inevitavelmente, a fragilidade do indivíduo.

Inicialmente, sem o tratamento adequado, o HIV passa a afetar o sistema imunológico humano, destruindo as células que compõem esse sistema (mais precisamente, as células de CD4, ou células T⁸), inabilitando o organismo de lutar contra doenças e futuras infecções. Quando isso acontece e o

⁸ O HIV destrói progressivamente certos glóbulos brancos do sangue chamados linfócitos CD4+. Os linfócitos ajudam a defender o corpo contra células estranhas, organismos infecciosos e câncer. Assim, quando o HIV destrói os linfócitos CD4+, as pessoas ficam vulneráveis ao ataque por muitos outros organismos infecciosos. Muitas das

organismo se encontra enfraquecido, a infecção por HIV pode fomentar a AIDS. É através do vírus do HIV que a AIDS pode se manifestar no corpo humano e levar a diagnósticos sérios, como ocorreu com diversas pessoas que contraíram o vírus de diferentes formas no decorrer dos anos iniciais da década de 1980.

Enquanto os Estados Unidos da América, nos momentos iniciais da nova infecção, buscavam pesquisar seus primeiros casos de pessoas infectadas, mesmo considerando ser um “castigo divino”, na parte de baixo do Equador, o Brasil entregava-se a um marco histórico: a queda do Regime Militar. O fim de um regime totalitário fez com que o Brasil, aliviado, voltasse a respirar “ares democráticos”, mas foi também a partir desse período que os brasileiros passaram a testemunhar nas páginas dos jornais uma enxurrada de matérias e manchetes estigmatizando a nova infecção/doença, que ficou conhecida na época como “Câncer Gay”, “Peste Gay” ou “Peste Rosa” pela imprensa, opinião pública e pela comunidade científica, como GRID - Gay Related Immunodeficiency, ou em tradução livre, imunodeficiência adquirida dos homossexuais, de acordo com Terto Jr (2002).

No sentido oposto à mídia, segundo Trevisan (2002), apesar de muitas mudanças desde o surgimento do primeiro caso da infecção/doença no Brasil, os movimentos sociais que tinham como base as lutas de gênero e sexualidade foram os pioneiros, no ano de 1983, a criarem e consolidarem articulações com o objetivo de estabelecer estratégias frente a enfermidade que crescia no país, pois mesmo pouco conhecida cientificamente, já ceifava vidas e mostrava diante de todos o seu nível de fatalidade.

Apesar de todos os esforços dos movimentos gays, que pela primeira vez fizeram parte das políticas públicas, era necessária uma maior mobilização nacional, principalmente no que diz respeito à prevenção e atendimento às vítimas da epidemia, que cada vez mais recorriam a Organizações Não Governamentais (ONGs) e outras instituições em busca de respostas e esclarecimentos, segundo a perspectiva de Galvão (1997). Até o fim dos anos de 1980, diversos programas de IST-AIDS, sejam eles de caráter governamental ou não governamental, emergiram no horizonte brasileiro com intuítos distintos, que variavam desde campanhas de prevenção até casas de acolhimento para indivíduos positivos que foram expulsos de casa.

Segundo Parker (1997), perante a esse horizonte, a vulnerabilidade presente no continente americano, principalmente na América Central e na do Sul, fez com que as populações acometidas dessas localidades se destacassem diante do panorama desenhado pelo HIV e pela AIDS, contribuindo para um diagnóstico drástico e violento perante as sociedades latino-americanas. Assim, conforme o Boletim Epidemiológico da AIDS (2001) dos anos 1980 até começo 1990, em todo o território, o país apresentou 24.856 casos de AIDS, porém, no fim da década, mais precisamente em 1999, o número de casos de AIDS e as taxas de incidência no Brasil foram de 18.287 casos, representando uma significativa mudança no cenário. Para Trevisan (2002), cabe ressaltar que os estigmatizados, mais especificamente a comunidade gay, foram extremamente importantes para que a sociedade se conscientizasse sobre o vírus que assolava a sociedade e, a partir de então, adotasse medidas protetivas, uma vez que a comunidade supracitada enfileirou os primeiros pelotões, em parceria com diversas secretarias de saúde, no combate ao HIV, embora sofressem constantes apedrejamentos da sociedade.

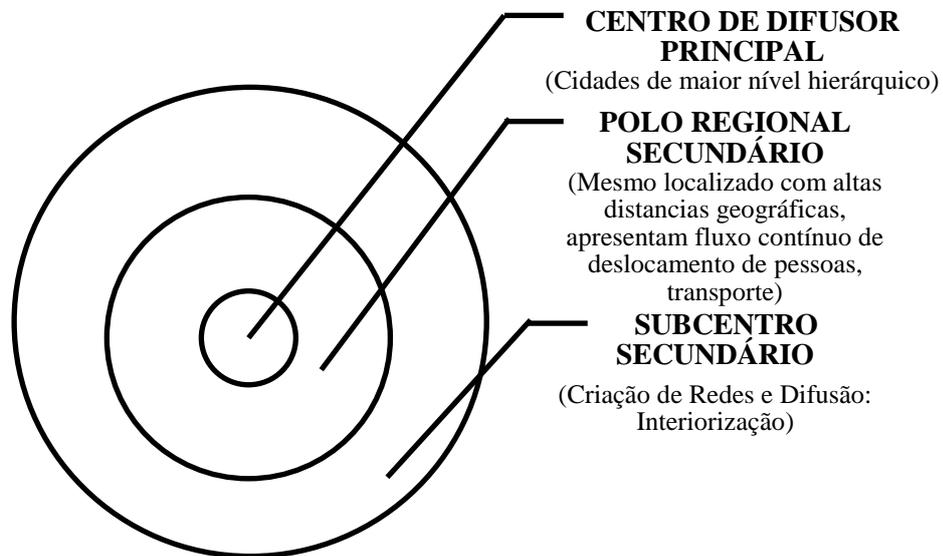
Contudo, apesar de toda mudança política e social, de todo o envolvimento da comunidade gay no combate ao vírus, parecia que um elemento se tornava cada vez mais enraizado, reforçando posicionamentos, pensamentos excludentes e estigmatizadores: o HIV/AIDS como um castigo divino para um grupo que desafiara os desígnios de Deus. A figura do homossexual masculino ficou marcada durante décadas, sendo vista e reforçada como um dos principais vetores de transmissão do HIV, mesmo após o cenário epidemiológico apresentar novos membros diante do processo de infecção/doença.

O “GRITO DOS EXCLUÍDOS” E O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: A GEOGRAFIA DO HIV NUM PAÍS SUBDESENVOLVIDO

No decorrer dos anos de 1980, a incidência de novos casos se manteve centralizada aos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, principais centros urbanos do país. As mudanças no perfil da espacialização da epidemia no Brasil fizeram com que o HIV e a AIDS se interiorizassem, incidindo desta forma através da difusão geográfica, sucessivamente em direção aos municípios de médio e pequeno portes de todo o território nacional no final daquele decênio, conforme aponta a Figura 01.

complicações da infecção por HIV, incluindo a morte, são geralmente resultado de outras infecções, e não da infecção por HIV diretamente (CACHAY, 2021).

Figura 01 – Difusão Geográfica do HIV/AIDS no Brasil.



Fonte: Adaptado de Barcellos *et al.* (1996) por Autor 01 (2021).

Esse panorama de difusão geográfica ocorreu de formas distintas e hierárquicas no Brasil, conforme aponta Barcellos *et al.* (1996). Na medida em que o HIV ia se disseminando nos centros urbanos brasileiros, numa escala de centro difusor sentido subcentro secundário, a probabilidade de encontrar mais populações convivendo com o vírus do HIV se tornava menos rara. Dessa forma, verificou-se que a difusão da patologia no país, que inicialmente atingiu as duas principais metrópoles nacionais, de acordo com a figura acima, foi se difundindo para outras localidades de menor porte, atingindo os polos regionais e os subcentros secundários e, posteriormente, cidades consideradas menores pela hierarquia urbana.

Visto como um país de grandes proporções e expressividade no contexto latino-americano, mas com notáveis disparidades sociais, econômicas e demográficas, o Brasil apresentou o seu primeiro caso clínico da AIDS no decorrer de 1980 em um paciente do sexo masculino que contraiu o vírus a partir de relação sexual desprotegida. No ano seguinte, o sarcoma de Kaposi, uma das primeiras enfermidades oportunistas reconhecidas na infecção pelo HIV e que até hoje ainda se apresenta como a neoplasia maligna (câncer ou tumor maligno), mais comumente associada à AIDS, segundo Fonseca *et al.* (2000), aparece no mundo, fazendo com que a mídia direcionasse as suas manchetes jornalísticas, repletas de preconceito aos homossexuais, mesmo que novos sujeitos, dentre eles, mulheres, já tivessem contraído o vírus.

Apesar do HIV/AIDS desconhecer padrões identitários de gênero e sexualidade, no Brasil, o comportamento da epidemia não se demonstrou de maneira homogênea em relação aos indivíduos. Em consideração a pauperização, contexto importante, mas não ponto principal deste trabalho, é necessário destacar que o fenômeno relacionado ao HIV/AIDS se tornou um ângulo importante contribuindo para compreensão da evolução da infecção/doença no Brasil e consequentemente fornecendo dados substanciais para efetivar com maior aplicabilidade e ação as políticas de prevenção e controle do HIV/AIDS. Ainda assim, torna-se significativo mencionar que as disparidades de gênero, sexualidade, raça, escolaridade possuem variabilidade nos casos para cada área geográfica do Brasil. Contudo, não podemos esquecer-nos dos apontamentos feitos por Parker & Camargo Jr (2000) a respeito da polarização da desigualdade.

Esse contexto que vai se manifestar de diversas maneiras e de múltiplas formas nos países do mundo são elementares para compreender que determinadas “comunidades empobrecidas” irão sofrer disfunções em escalas diferentes, afirmam Parker & Camargo Jr (2000). Todavia, os efeitos negativos de uma série de problemas sociais - habitação, escolaridade, acesso a bem-estar social entre outros interagem entre si, contribuindo assim para criar cenários de vulnerabilidade no que tange o HIV/AIDS.

Para Brito *et al.* (2000), tal esfera fez com que a epidemia no país fosse categorizada como concentrada, em outras palavras, a infecção pelo HIV ocorreu de forma acelerada e rápida em um determinado grupo populacional⁹, diga-se de passagem, os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, assim como em outros locais nas Américas, África, Europa e Ásia.

O HIV/AIDS passou a apresentar comportamentos diferenciados a partir de esferas econômicas, sociais, culturais de cada região do Brasil conforme os estudos da temática avançavam na ciência. Conforme Prado e Castilho (2009) a infecção/doença era cerceada em São Paulo na capital e ao litoral, atingindo camadas específicas da população. Contudo, a partir de 1997, ocorreu a queda dos quadros na metrópole e direcionou-se ao interior. Paralelo a isto, é necessário enfatizar que a diminuição de óbitos passou a ocorrer a partir de 1996, momento "que a política de distribuição gratuita de medicações anti-retrovirais passou a ser federal" (PRADO, CASTILHO, 2009, p. 537).

Durante o processo histórico brasileiro do HIV, vários mecanismos foram criados para combater o vírus, como por exemplo: vigilância epidemiológica, orientação a profissionais de saúde, garantia de atendimento a pessoas convivendo com HIV e com o estágio mais avançado do vírus, além da propagação de informações para a população. Contudo, o preconceito ligado à falta de informação ainda era incidente no território nacional, fazendo com que o enfrentamento não se limitasse mais apenas ao agente biológico, mas se entendendo em diversas formas, pois a disseminação do vírus acontecia de forma rápida e um dos maiores desafios era conhecer e identificar as pessoas que viviam com o vírus, a fim de analisar os diagnósticos e medidas de erradicação.

Enquanto o Brasil passava por uma reestruturação no contexto de saúde pública com o caminhar do fim do regime militar¹⁰, neste mesmo período, médicos sanitários e profissionais ligados à saúde passaram a se organizar em prol da formulação de novas Políticas Públicas de Saúde, visando proporcionar uma maior assistência para diversos setores da saúde (SINGER *et al.*, 1981). Em decorrência disso, segundo Prado e Machado (2012), o primeiro caso de HIV que emergia no Brasil foi capaz de assegurar uma série de eventos, pois, se por um lado a mídia associava a epidemia a comportamentos homossexuais, de forma direta ou indireta, estimulando a marginalização de um grupo específico, por outro lado, a movimentação da sociedade através de grupos militantes pelos direitos desse mesmo coletivo fazia reverberar a voz desses sujeitos, pois na difusa esfera brasileira, foram os movimentos negros, homossexuais e feministas que tiveram que enfrentar seus adversários contra a invisibilidade e a favor do esfacelamento do preconceito enraizado na nossa cultura desde o Brasil Colônia, buscando atitudes do governo perante a nova enfermidade, conforme Cezar e Draganov (2014).

No caminhar dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, as medidas de combate ao vírus já haviam ganhado muita força no território nacional, e o Brasil já contava com testes para detectar a presença do HIV no corpo. A criação do SUS e sua efetividade na distribuição e fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento de doenças que atingem os pacientes com AIDS se tornou destaque em todo o mundo e atraía para o país os holofotes da mídia internacional. Mas, foi diante do coquetel – uma combinação de medicamentos utilizados para conter a infecção pelo vírus, que utilizava uma base tríplice, um esquema de antirretrovirais, dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease – que o Brasil experimentou a efetividade de um remédio diante da infecção/doença, proporcionando a queda das taxas de mortalidade por AIDS, fenômeno novo no país, pois até então, as taxas só cresciam no país.

Foi a partir do "grito dos excluídos"¹¹ que o Brasil passou a abrigar o primeiro programa de controle da AIDS, na cidade de São Paulo. Imediatamente após este período, em 1996, o Brasil deu seu maior passo diante do combate epidêmico com a criação da Lei 9.313/96, conhecida como Lei Sarney, a qual garantiu o acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento da AIDS por meio do SUS para todos os brasileiros com a patologia. O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu após um profundo e intenso

⁹ Importante destacar que nem toda PVHIV esta diretamente inserida em contexto de pauperização. Desde 1990 o perfil vem mudando, tornando-se algo que atinge diversos demarcadores sociais. Analisando grosso modo, o termo pauperização estaria ligado ao empobrecimento e sabemos que apesar de algumas áreas concentrarem mais casos/incidência e serem categorizadas como estes espaços, como América Latina ou Leste Europeu, existe muitos casos de HIV em locais Norte Europeu, América do Norte e na Ásia.

¹⁰ É válido enfatizar que segundo Prado e Machado (2012, p. 106): "No final da década de 1960, condições propícias para o surgimento da militância homossexual, e que estas foram abafadas pela repressão autoritária de ditadura militar".

¹¹ O "grito dos excluídos" no texto refere-se as camadas populares sociais que articularam e conquistaram direitos, prevenções e leis.

processo de lutas, que ganharam visibilidade no decorrer dos anos 1970, conforme salienta Silva (2015).

A mobilização da sociedade civil a partir do ativismo foi decisivo para distribuição dos medicamentos, principalmente a partir das ocupações na rua por meio de passeatas para assegurar os recursos financeiros e a liberação dos mesmos, conforme expõe Galvão (2002). Apesar disto, as ameaças (corte de verbas, financiamento, distribuição) incitou durante anos e ainda incita com que a sociedade civil se articule, organize e busque respostas a respeito da ampliação e manutenção do HIV/AIDS. Não obstante, a resposta diante do HIV/AIDS teve uma participação coletiva muito forte, na qual ONG's, a sociedade civil, profissionais da saúde, professores, políticos, ativistas, PVHIV uniram forças e se envolveram, criando e produzindo espaços que até hoje servem como voz as reivindicações no que diz respeito a esfera de saúde pública e acessibilidade. Os envolvimento de múltiplos movimentos populares, sindicalistas, militantes e distintos movimentos sociais se consolidaram e se constituíram sincronicamente nesta época, tornando-se o porta voz e o grito dos excluídos. Dentre os mais notáveis movimentos e demandas, o movimento feminista, as lutas antimanicomial e os movimentos LGBTQI+ passaram a acentuar as resistências, lutas e reivindicações pelos direitos de cidadania e disponibilidade de serviços, conforme afirma Santos (2013). Foram esses movimentos que introduziram um novo período histórico ao Brasil, suscitando o pensamento crítico diante do horizonte da saúde e seus desdobramentos.

Conforme Gouveia e Palma (1999) grande parte desses movimentos participam ativamente das elucidações e das demandas da sociedade vigente, constituindo assim a produção de conhecimento nos diversos campos, tanto no discurso como através de suas ações, emergindo assim múltiplos procedimentos que até então eram ilusórios ou imaginários, como por exemplo, práxis a respeito da saúde da mulher, alimentação infantil, saúde do trabalhador e a saúde da população LGBTQIAP+. Assim, as construções na elaboração de propostas para a saúde ganharam um novo espectro e passam a introduzir novas políticas que capitanearam novas atuações na esfera de saúde, ultrapassando os limites da medicina utilizada como mecanismo de poder pela sociedade de controle. As políticas públicas ultrapassaram as linhas de assistência médica, seja coletiva ou individual, e inauguraram uma nova particularidade nas ações que eram reveladas a partir do coletivo social.

Ao contrário do que se acreditou no decorrer dos anos 1980, de que o HIV era visto e considerado por muitos uma "sentença de morte", foi através das medidas de erradicação e das lutas a respeito da quebra de patentes antirretrovirais que o mundo e o Brasil (pioneiro e importante centro de relevância na universalização gratuita de medicamentos e tratamentos) que a esperança foi reacendida, configurando um novo cenário para as PVHIV e inaugurando no horizonte pessoal e coletivo da sociedade brasileira e mundial novas perspectivas a respeito do vírus e da expectativa de vida, que até então eram estereotipadas. As manchetes jornalísticas da década de 1980, que além de pregarem o HIV/AIDS como uma sentença de morte, ainda insistiam em marginalizar certos grupos populacionais, causando pânico na população, torna-se coisa do passado. Entretanto, o preconceito e a culpabilização, que fazem parte do cotidiano do país, ainda permanecem vivos no atual contexto da sociedade e têm suas vozes amplificadas através dos "cidadãos de bem", que pregam a manutenção de uma sociedade onde o gênero continua determinando a sexualidade de sujeitos e sujeitas.

Através de Varella (2018, *online*)¹², pode-se constatar que "o Brasil tem um dos melhores programas de HIV/AIDS do mundo", e que este programa proporcionou um destaque substancial na esfera de saúde pública devido aos tratamentos oferecidos de forma gratuita, pelo SUS, aos cidadãos que convivem com o HIV. A priori, foi graças ao aparecimento e difusão da HAART (terapia antirretroviral de alta eficácia), TARc (Terapêutica antirretroviral de combinação) e atualmente das medidas preventivas contra o HIV como a Prep (Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV), que a sobrevivência dos corpos passou a aumentar, tornando-se então um marco contra a fatalidade e contra o estigma.

Ainda assim, visto que o Brasil alcançou uma importante posição no contexto de erradicação/tratamento/ diagnóstico do HIV/AIDS (principalmente no sul global), considera-se que os esforços brasileiros para frear a incidência do HIV ao longo do seu território ainda permanecem com algumas lacunas, pois se por um lado a população pode contar com tratamentos e, conseqüentemente, ter

¹² Para médico, a política brasileira de distribuição gratuita de medicamentos revolucionou a resposta global e ajudou a conter a epidemia. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-brasil-tem-um-dos-melhores-programas-de-hiv-aids-do-mundo-diz-drauzio-varello>. Acesso em: 03 jun. 2022.

acesso aos tratamentos, algo enigmático ainda prevalece no país: o estigma de pessoas tocadas pelo vírus.

Mesmo com todos os avanços do meio de comunicação e a inserção do país no mundo globalizado, embora ainda tenhamos uma parcela considerável da sociedade à margem da integração, algumas informações do passado ainda permanecem assombrando a sociedade no atual momento. Se dos primórdios do Brasil até meados da segunda metade do século XX a culpa pela disseminação de doenças tinha cor e raça, a partir da década de 1980, a proliferação do HIV/AIDS foi associada a um grupo que desafiava as normas médicas criadas pela ciência sexual, conforme Foucault (1988). No presente momento, mesmo com o desenvolvimento de tratamentos que tornam a carga viral indetectável, as pessoas que possuem o vírus ainda permanecem marginalizadas, uma vez que a doença ainda continue sendo associada por muitos à promiscuidade, fazendo com que muitas pessoas ainda se sintam “anormais” ou, mais que isso, ainda permaneçam sendo enviadas para o “vale do HIV”, distante da sociedade.

As experiências vividas por muitos indivíduos os transformam em sujeitas e sujeitos de uma narrativa específica. Suas vozes passam a obter maior potência, de modo a fazer ecoar pelos quatro cantos as novas demandas que impactam todo o território. Assim, apesar das dificuldades comumente encontradas ao longo do tempo, como a falta de recursos e profissionais que compreendam a perspectiva do mundo a partir de sociedade plural, abranger e englobar novas demandas de serviços de saúde ainda permanece sendo considerado um desafio. Contudo, apesar de todas as dificuldades, que são visíveis até a época vigente, o SUS, hoje, proporciona ao Brasil um importante e vital serviço para a população: o tratamento antes e após o contato com HIV.

Apesar do sucateamento e das longas filas de espera para a realização de diversos tratamentos e cirurgias, no caso específico do HIV, o sistema público de saúde ainda reproduz as características que fundamentaram a sua criação: a oferta de serviço público, universal, igualitário e participante, fruto de propostas democráticas oriundas das lutas e resistências de múltiplos atores e organizações sociais. Cabe ressaltar que o intuito aqui não consistiu em traçar uma linha do tempo salientando todas as conquistas e derrotas em relação ao SUS, mas demonstrar a sua difusão no território diante das demandas levantadas por diversos atores que vivem de forma coexistente no espaço.

Entretanto, no atual contexto da sociedade brasileira, falas carregadas de preconceitos e estigmas parecem ressuscitar barreiras que podem fazer o país retroceder e reacender as falas de ódio aos considerados “anormais”. Como exemplo, escolheu-se destacar uma das muitas pitorescas frases proferidas pelo antigo “Messias” que regia o Brasil: “Se não se cuidou, o problema é deles”¹³. Infelizmente, a equivocada afirmação é compartilhada por milhões de brasileiros, e simboliza o desprezo de uma luta realizada por décadas para o acesso aos tratamentos de HIV, disponibilizados de forma gratuita pelo SUS. Nesse sentido, Harvey (2008) explicita que a micropolítica concebe relações de poder em determinadas localidades, contextos e situações sociais distintas. Desta maneira, produzem uma profunda e íntima relação entre os sistemas de conhecimento – discursos – que fornecem técnicas, práticas, suporte para que o exercício do controle e, principalmente, dos domínios sociais, ocorra.

Por fim, conforme afirma Lefebvre (2001), os paradoxos são características deste tempo, vigentes entre os fatos da sociedade e os fatos da civilização que registram as suas marcas no espaço. De um lado, o prisma do genocídio, a culpabilização de determinados grupos considerados “anormais”; do outro, os esforços médicos e sociais para que vidas sejam salvas independentemente de gênero e sexualidade. Dessa forma, a partir do lúgubre contexto em que estamos inseridos, mais que nunca se faz necessária uma discussão sobre direitos sociais e formas de reconhecimento humano, e nunca a política foi tão relevante para o cotidiano de todos nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o processo de integração a partir da evolução dos meios de comunicação e transporte, simboliza pensar muito além da intensificação das trocas comerciais, pois historicamente pode-se observar que o intercâmbio entre diferentes civilizações foi responsável pela globalização das doenças e infecções. Nesse sentido, o intercâmbio iniciado pelas Grandes Navegações no passado foi capaz de fomentar uma série de transformações no espaço concreto brasileiro, não só na economia, mas

¹³ Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/em-video-bolsonaro-se-diz-contramedicamentos-gratis-para-hiv/>. Acesso em: 27 out. 2021.

principalmente no que diz respeito à incidência e busca de erradicação de doenças e infecções que, até então, eram desconhecidas pelos povos que habitavam as Américas.

Muitas patologias que eram desconhecidas em determinadas áreas do globo passaram a incidir em outras por meio de viagens, do contato com outros povos e, conseqüentemente, com atores sociais que estavam infectados, semelhante ao que aconteceu recentemente com a pandemia que parou o mundo. Nessa premissa, partilhamos que o HIV e a sua eclosão no começo dos anos 1980 seguiu essa dinâmica, pois pessoas convivendo com a infecção circularam e, através de atos sexuais, foram disseminando de forma involuntária o vírus.

Se no século XIX a política higienista procurava culpabilizar os corpos considerados inferiorizados ou subalternizados, reproduzindo as hierarquias construídas pela modernidade, na década de 1980 não foi diferente, pois o HIV foi considerado por muitos um castigo divino sobre homossexuais masculinos. Embora a “peste gay” condenasse um grupo específico, ele constituiu a principal linha de frente no combate ao HIV/AIDS e, por meio de muita luta, resistência e morte, os movimentos gays conseguiram salvar muitas vidas, principalmente pelo engajamento em políticas públicas, objetivando o acesso a tratamentos e medidas de prevenção e combate disponíveis no Sistema Único de Saúde.

Contudo, no atual contexto político, o Brasil não vive o melhor momento para a ciência, saúde e segurança, pois infelizmente foi eleito um “representante”, de sobrenome “Messias”, que fere parte dos direitos humanos e trata as pessoas com HIV/AIDS como indivíduos descartáveis ou refugio humano que constituem despesas para os cofres públicos. Diversas políticas públicas foram obtidas a partir de muitas lutas dos movimentos sociais que no passado deram a cara a tapa para que hoje possamos (re)existir a partir dos nossos corpos. Por fim, diante de um país em que 30% da população reverbera as jocosas e condenatórias palavras do atual presidente da república, faz-se necessário gritar que frases como “não se cuidou, problema é deles” serão combatidas com verdade, pois hoje, no mundo globalizado, sabe-se que o vírus HIV pode atingir um corpo de diferentes formas, não cabendo a manutenção do “castigo divino” direcionado àqueles e àquelas que desafiam os padrões sexuais impostos pela sociedade que mais mata mulheres trans e travestis no mundo e, ao mesmo tempo, é a que mais consome produto pornográfico envolvendo o grupo supracitado.

REFERÊNCIAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. CAMPANHAS ineficazes e moralismo levam a aumento de casos de HIV entre jovens, dizem especialistas., 18 fev. 2019. Disponível em: <https://abiids.org.br/campanhas-ineficazes-e-moralismo-levam-a-aumento-de-casos-de-hiv-entre-jovens-dizem-especialistas/32476>. Acesso em: 18 de junho de 2022.

BARBOSA, F.S. A epidemiologia como instrumento de transformação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 2, p. 137-139, 1985. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X198500020001>

BARCELLOS, C.C.; BASTOS, F.I.P.M. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 1, p. 11-24, 1996.

BERLINGUER, G. Globalização e Saúde Global. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 21-38, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100003>

BERNAND, C. **História do Novo Mundo: Da Descoberta à Conquista, uma Experiência Européia.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

CACHAY, E. Tratamento medicamentoso da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Manual MSD**, abr. 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infec%C3%A7%C3%B5es/infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A2ncia-humana-hiv/tratamento-medicamentoso-da-infec%C3%A7%C3%A3o-pelo-v%C3%ADrus-da-imunodefici%C3%A2ncia-humana-hiv> Acesso em: 17 de abril de 2023.

Catraca Livre Em vídeo, Bolsonaro se diz contra medicamentos grátis para HIV., 26 out. 2018, atualizado em 5 mai. 2020. Disponível em: <https://catracalivre.com.br/cidadania/em-video-bolsonaro-se-diz-contramedicamentos-gratis-para-hiv/>. Acesso em: 27 de outubro de 2021.

CASTRO, M. **A Praga: O holocausto da hanseníase. Histórias emocionantes de isolamento, morte e vida nos leprosários do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2017.

CEZAR, V.M.; DRAGANOV, P.B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

DANTAS, M.B.P.; BRITO, I.F.; MEIRA, R.B.; WANZELLER, M. Espaço e planejamento em saúde: algumas reflexões. *In*: NAJAR, Alberto Lopes;

MARQUES, E.C. (orgs.). **Saúde e espaço**: estudos metodológicos e técnicas de análise. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 93-105.

DARTORA, W.J.; ÂNFLOR, É.P.; SILVEIRA, L.R.P. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1919-1928, 2017.
<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.462>

EXAME. PESSOA COM HIV é despesa para todos no Brasil, diz Bolsonaro, 2020. Disponível em: <https://exame.com/brasil/pessoa-com-hiv-e-despesa-para-todos-no-brasil-diz-bolsonaro/>. Acesso em: 17 de abril de 2023.

FONSECA, M.G.; BASTOR, F.I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, sup. 1, p. 77-87, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700007>

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não governamentais brasileiras frente à epidemia do HIV/AIDS. *In*: PARKER, R.G. (org.). **Políticas, Instituições e AIDS**: Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 72-108.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 213-219, 2002.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022>

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GOUVEIA, R.; PALMA, J.J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos avançados**, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999. <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100014>

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**: Uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HOBSBAWM, E.J.E. **Era dos Extremos: o breve século XX**: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis (Rio de Janeiro): Editora Vozes, 2007.

LEFEBVRE, H. **O Direito à Cidade**. São Paulo: Centauro, 2001.

LIMA, N.T.; HOCHMAN, G. Pouca Saúde e muita Saúva: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. *In*: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (orgs.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p.493-533, 2004.

LIMA, S.C. **Território e promoção da saúde**: perspectivas para a atenção primária à saúde. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

MAIO, M.C. Raça, Doença e Saúde Pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. *In*: MONTEIRO, S.; SANSOME, L. (orgs.) **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 15-44.
<https://doi.org/10.7476/9788575416150.0002>

MARCONDES, N.; BRISOLA, E. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, v. 20, n. 35, p. 201-208, 2014.
<https://doi.org/10.18066/revunivap.v20i35.228>

MARTINS, R.A.; MARTINS, L.A.P.; FERREIRA, R.R.; TOLEDO, M.C.F. **Contágio**: história da prevenção das doenças transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1997.

Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis: “O Brasil tem um dos melhores programas de HIV/aids do mundo”, diz Drauzio Varella, 18 abr. 2018. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-brasil-tem-um-dos-melhores-programas-de-hivaids-do-mundo-diz-drauzio-varella>. Acesso em: 06 de maio de 2023.

- NETO, A.B.; ARAÚJO, A.C.; DOHER, M.P., HADDAD, M.A. Revisão sobre a eficácia do preservativo em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e gestação. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 14, n. 3, p. 123-125, 2009.
- PARKER, R.G. Reflexões sobre a sexualidade na sociedade latino-americana: implicações para intervenções em face do HIV/AIDS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, p. 99-108, 1997. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000100005>
- PARKER, R.; CAMARGO Jr, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. p.89-102, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700008>
- PEDROSO, M.F.; GUIMARÃES, R.B. Geografia do HIV/AIDS entre falas: Análise do discurso de jovens soropositivos em Presidente Prudente, SP. **Hygeia**, v. 15, n. 31, p. 82-94, 2019. <https://doi.org/10.14393/Hygeia153146917>
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de pesquisa**, n. 114, p. 179-195, nov./2001. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742001000300008>
- PRADO, R.R.; CASTILHO, E.A. A epidemia de AIDS no Estado de São Paulo: uma aplicação do modelo espaço-temporal bayesiano completo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, p. 537-542, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822009000500011>
- PRADO, M.A.M.; MACHADO, F.V. **Preconceito contra homossexualidades**: A hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez, 2012.
- PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Relatório global do UNAIDS sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à AIDS no Brasil 2016**, 14 jul. 2016. Disponível em: <https://unaids.org.br/2016/07/3883/>. Acesso em: 02 de dezembro de 2021.
- PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Retrospectiva 2017 do UNAIDS no Brasil**, 14 de Junho de 2018. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Retrospectiva-2017-UNAIDS_160618_web.pdf. Acesso em: 02 de maio de 2023.
- PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE HIV/AIDS (UNAIDS). **Relatório Informativo - Dia Mundial da AIDS 2021**, 01 de Fevereiro de 2021. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2021_12_01_UNAIDS_2021_FactSheet_DadosTB_Traduzido.pdf. Acesso em: 02 de maio de 2023.
- ROTELLO, G. **Comportamento Sexual e AIDS**: A cultura gay em transformação. São Paulo: Summus, 1998.
- SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 11, p. 83-89, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000100013>
- SANTOS, M.A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v. 16, p. 233-240, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: Técnica e Tempo- Razão e Emoção. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- SILVA, J.A.G. **AIDS: desafios iniciais e de sempre**. Curitiba: Appris, 2015. <https://doi.org/10.12988/astp.2015.5772>
- SINGER, P.; CAMPOS, O., OLIVEIRA, E.M. **Prevenir e Curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.
- TERTO JR, V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horizontes antropológicos**, v. 8, p. 147-158, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>
- TREVISAN, J.S. **Devassos no paraíso**: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade. Rio de Janeiro: Record, 2002.