



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA

**ESPAÇO E SAÚDE: Estigmas e invisibilizações de portadores de HIV-
AIDS em Rio Verde – GO**

JATAÍ - GO
2025

DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA

**ESPAÇO E SAÚDE: Estigmas e invisibilizações de portadores de HIV-
AIDS em Rio Verde – GO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, no curso de Doutorado em Geografia, do Instituto de Geografia, da Universidade Federal de Jataí (UFJ), como requisito para obtenção do título de Doutor em Geografia.

Área de concentração: Organização do Espaço nos Domínios do Cerrado Brasileiro

Linha de Pesquisa: Organização e Gestão do Espaço Urbano e Rural do Cerrado Brasileiro

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Rodrigues

**JATAÍ - GO
2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFJ.

Costa, Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da

ESPAÇO E SAÚDE : Estigmas e invisibilizações de portadores de HIV-AIDS em
Rio Verde – GO / Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa. - 2025.
228 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a. Maria José Rodrigues

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Jataí, Instituto de Geografia, Programa
de Pós-Graduação em Geografia, Jataí, 2025.

Inclui siglas, mapas, gráfico.

1. HIV-AIDS. 2. Estigma. 3. Invisibilização. 4. Rio Verde. I. Rodrigues, Maria José,
orient. II. Título.

CDU 911



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata nº **48/2025** da sessão de Defesa de Tese de **Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa**, que confere o título de Doutor em **Geografia**, na área de concentração em **Organização do Espaço os Domínios do Cerrado Brasileiro**.

Aos **16/09/2025 (dezesesseis dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e cinco)**, a partir das **13h30min**, no Auditório da Pós-Graduação - UFJ/Campus Jatobá de forma presencial e remota pelo link <https://meet.google.com/kxc-dxhi-cfc>, realizou-se a sessão pública de Defesa de Tese intitulada "**ENTRE RUAS E BAIRROS: Uma análise espacial da distribuição dos casos de HIV na cidade de Rio Verde GO**". Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Maria José Rodrigues (IGEO - PPGGEO/UFJ)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor Doutor **Márcio Rodrigues Silva (IGEO/UFJ)**, membro titular externo; Professor Doutor **Eguimar Felício Chaveiro (IESA/UFG)**, membro titular interno, cuja participação ocorreu por meio de videoconferência; Professora Doutora **Gerusa Gonçalves Moura (UFU)**, membro titular externo, cuja participação ocorreu por meio de videoconferência; Professor Doutor **Rivaldo Mauro de Faria (IG/UFU)**, membro titular externo, cuja participação ocorreu por meio de videoconferência. Durante a arguição, os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Tese, tendo sido o candidato **aprovado** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Maria José Rodrigues (IGEO/UFJ)**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos **16/09/2025 (dezesesseis dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e cinco)**.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

ESPAÇO E SAÚDE: estigmas e invisibilizações de portadores de HIV-AIDS em Rio Verde-GO



Documento assinado eletronicamente por **MARIA JOSE RODRIGUES, Professor(a) do Magistério Superior**, em 16/09/2025, às 17:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCIO RODRIGUES SILVA, Professor do Magistério Superior**, em 16/09/2025, às 17:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **RIVALDO MAURO DE FARIA, Usuário Externo**, em 16/09/2025, às 18:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **EGUIMAR FELICIO CHAVEIRO, Professor do Magistério Superior**, em 16/09/2025, às 19:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gerusa Gonçalves Moura, Usuário Externo**, em 16/09/2025, às 19:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufj.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0470971** e o código CRC **3722E4D6**.

Dedico este trabalho à minha mãe, por sempre acreditar em mim e me apoiar nas escolhas que fiz, e ao Aristides, parceiro de luta, que sempre esteve ao meu lado, sendo o maior incentivador para a conquista do título de doutor, bem como para a trajetória, ainda em construção, de me tornar médico.

AGRADECIMENTOS

Às circunstâncias adversas durante o período de construção desta pesquisa, faço aqui alguns agradecimentos breves e importantes:

A Deus, por manter minha fé em momentos de dúvidas e por mitigar as insistentes vontades de desistir.

Aos professores do PPGGEO–UFJ pelos ensinamentos e conhecimentos apreendidos durante todo esse percurso e aos colegas de doutoramento, especialmente Katia Vieira e Franciane Prado, companheiras de desabafos em momentos de angústia, de experiências compartilhadas. Obrigado pela amizade construída e fortalecida nessa jornada.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria José Rodrigues, por aceitar orientar uma temática tão complexa, mas que tem muito a contribuir para o avanço da ciência geográfica. De antemão, peço desculpas pelas minhas falhas e ausências. Serei eternamente grato por sua paciência e compreensão nesses momentos.

Aos professores(as): Prof.^a Dra. Geresa Gonçalves Moura, prof. Dr. Márcio Rodrigues Silva, pelas contribuições na banca de qualificação e agora na defesa; ao prof. Dr. Eguimar Felício Chaveiro e prof. Dr. Rivaldo Mauro de Faria por aceitarem o convite para esta banca de defesa e elucidarem suas significativas observações concernentes ao texto apresentado.

Agradeço à Secretaria Municipal de Educação de Rio Verde – GO, por meio da Prefeitura Municipal de Rio Verde – GO, pela concessão da licença para aperfeiçoamento profissional, que permitiu minha dedicação exclusiva (nem tanto assim) à pesquisa. Também agradeço à Secretaria Municipal de Saúde por conceder autorização para coleta de dados nos prontuários dos pacientes em tratamento de HIV pelo sistema público de saúde.

Aos funcionários do Serviço de Assistência Especializado – SAE, em nome da coordenadora Livia Guimarães de Carvalho, por serem solícitos quando foi preciso, me permitindo acesso aos prontuários e à posterior coleta de dados dos pacientes em tratamento de HIV na cidade de Rio Verde – GO. Meu profundo agradecimento.

Por fim, novamente agradecer à minha mãe, Eliana, que sempre foi e é exemplo de mulher, de pessoa, de profissional, de mãe, por todo seu apoio e amor incondicional, e ao Aristides, companheiro em todos os momentos, pelo apoio incondicional, mesmo com a adversidades que a vida nos impôs nesse período.

*É mais importante conhecer a pessoa que tem a
doença, do que a doença que a pessoa tem.*

(Hipócrates)

RESUMO

A configuração da epidemia de HIV e AIDS no início da década de 1980 veio acompanhada de uma ressignificação nas relações sociais, especialmente no Brasil, com o aprofundamento das desigualdades sociais e o aumento do medo e do estigma evidenciados nos cotidianos em razão desse novo cenário de saúde que se consolidava. No avanço da ciência, o HIV se tornou uma doença crônica. Nessa conjuntura, esta pesquisa surge a partir de uma lacuna a ser preenchida na ciência geográfica, relacionada ao vírus, aos sujeitos soropositivos e às subjetividades fomentadas em suas experiências. A partir de uma perspectiva fenomenológica, em uma abordagem qualitativa, teve como objetivo principal compreender, por meio dos relatos de pessoas que vivem com HIV, as experiências vividas e os seus desafios diante do estigma e da invisibilidade configurados no contexto urbano de Rio Verde. Dividiu-se a mesma em três etapas: levantamento de referenciais teóricos, coleta de dados inseridos em prontuários físicos e entrevistas semiestruturadas com pacientes em tratamento nessa cidade. Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Jataí, número do parecer 5.794.146, foram extraídos dados de 760 prontuários, entre janeiro e julho de 2023, referentes ao sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e bairro, de pacientes que estavam inseridos nos critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, ser residente na cidade de Rio Verde e estar em tratamento no Serviço de Assistência Especializado. A partir dessas etapas, a pesquisa analisou os dados coletados, dessa maneira construindo um perfil social desses pacientes, apresentado em forma de gráficos, apontando que a maioria desses pacientes é do sexo masculino, negros e pardos, com baixa escolaridade, jovens adultos, e mais de 50% são solteiros. Para entender a construção e percepção do processo de invisibilização e a construção do estigma e da discriminação a que esses pacientes são sujeitados em seus cotidianos, principalmente em contextos interiorizados, como na cidade de Rio Verde, foi utilizada a entrevista semiestruturada, transcrita e analisada posteriormente. Tanto o perfil quanto as entrevistas confirmam algumas tendências da epidemia do HIV, como a heterossexualização e a interiorização do vírus e da doença. Com essa análise, depreende-se que o vírus atinge todas as classes sociais e não difere gênero, sexualidade, raça ou geração. É mais um processo de aceitação e aprendizado ao viver com o vírus no meio em que está inserido, compreendendo sua adaptação ao novo diagnóstico sorológico. Tendo isso em vista, sua forma de pensar e agir em relação ao outro tende a se modificar, ao entender as mudanças nas suas relações sociais e como elas se configuram. Assim, a discussão sobre o HIV em espaços urbanos interiorizados, como Rio Verde, serve de incentivo para outros estudos, contribuindo para o avanço da ciência geográfica, ainda carente de pesquisas com essa temática.

PALAVRAS CHAVE: HIV-AIDS. Estigma. Invisibilização. Rio Verde.

ABSTRACT

The emergence of the HIV and AIDS epidemic in the early 1980s was accompanied by a redefinition of social relations, especially in Brazil, with the deepening of social inequalities and the increase in fear and stigma evident in everyday life due to this new health scenario that was taking shape. With advances in science, HIV became a chronic disease. In this context, this research arises from a gap to be filled in geographical science, related to the virus, HIV-positive individuals, and the subjectivities fostered in their experiences. From a phenomenological perspective, using a qualitative approach, its main objective was to understand, through the reports of people living with HIV, their experiences and challenges in the face of stigma and invisibility in the urban context of Rio Verde. It was divided into three stages: a survey of theoretical references, data collection from physical medical records, and semi-structured interviews with patients undergoing treatment in that city. Approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Jataí, opinion number 5.794.146, data were extracted from 760 medical records between January and July 2023, referring to gender, age, race/color, marital status, education, and neighborhood of patients who met the inclusion criteria: being 18 years of age or older, residing in the city of Rio Verde, and undergoing treatment at the Specialized Care Service. Based on these steps, the researcher analyzed the collected data, thus constructing a social profile of these patients, presented in the form of graphs, showing that most of these patients are male, Black and Brown individuals have a higher number, with low educational attainment, an age group concentrated mostly among young adults, and more than 50% being single. To understand the construction and perception of the process of invisibility and the construction of stigma and discrimination to which these patients are subjected in their daily lives, especially in internalized contexts such as the city of Rio Verde, semi-structured interviews were used, transcribed, and analyzed later. Both the profile and the interviews confirm some trends in the HIV epidemic, such as the heterosexualization and the internalization of the virus and disease. This analysis shows that the virus affects all social classes and does not differentiate between gender, sexuality, race, or generation. It is more a process of acceptance and learning to live with the virus in the environment in which it is inserted, understanding its adaptation to the new serological diagnosis. With this in mind, their way of thinking and acting in relation to others tends to change as they understand the changes in their social relationships and how they are configured. Thus, the discussion about HIV in inland urban areas, such as Rio Verde, serves as an incentive for further studies, contributing to the advancement of geographical science, which still lacks research on this topic.

KEY WORDS: HIV-AIDS. Stigma. Invisibility. Rio Verde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Complexo Patogênico de Sorre.....	31
Figura 2 – Organograma da pesquisa – 2024.....	37
Figura 3 – Proporção estimada das variantes B _{CAR} e B _{PANDEMIC} entre indivíduos infectados pelo HIV-1 subtipo B de diferentes estados brasileiros (2017).....	69
Figura 4 – Distribuição global das variantes do HIV - 2019.....	70
Figura 5 – Laço Vermelho – Símbolo mundial de luta contra a AIDS.....	87
Figura 6 – Capa da Revista Veja, abril/1989.....	88
Figura 7 – Capa da Revista Galileu, nº 313.....	89
Figura 8: Testagem de HIV obrigatória e as proibições de entrada, permanência e residência com base no estado sorológico para o HIV.....	97
Figura 9 – Metas 90-90-90.....	106
Figura 10 – UNAIDS – Meta 95-95-95 para 2025.....	108

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Teses e Dissertações em geografia com a temática HIV	47
Quadro 2 – Categorias de Exposição ao HIV.....	127
Quadro 3 – Perfil social dos pacientes entrevistados (2024-2025).....	153

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Rio Verde – Delimitação do Município (2024).....	41
Mapa 2 – Municípios atendidos pelo SAE/CTA – Rio Verde(2023).....	79
Mapa 3 – Rio Verde: Distribuição espacial dos casos de HIV registrados no ano de 2023.....	116

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Investimentos em campanhas publicitárias de prevenção ao HIV (2015-2021)...	99
Gráfico 2 – Brasil: Casos de HIV notificadas, 2011-2022.....	100
Gráfico 3 – Perfil dos usuários – populações (2018).....	103
Gráfico 4 – Metas 95-95-95 – Brasil.....	107
Gráfico 5 – Rio Verde: Faixa etária dos pacientes em tratamento – SAE (2023).....	122
Gráfico 6 – Rio Verde - Relação entre os gêneros dos pacientes em tratamento – SAE (2023).....	125
Gráfico 7 – Rio Verde – Auto Identificação da Cor dos pacientes em tratamento – SAE (2023).....	130
Gráfico 8 – Rio Verde: Nível de escolaridade dos pacientes em tratamento – SAE (2023).....	135
Gráfico 9 – Estado civil dos pacientes em tratamento – SAE (2023).....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretroviral

AZT – Azidotimidina

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC – Centro de Controle de Doenças

DATHI - Departamento de HIV, AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DCCI – Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DH – Direitos Humanos

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GRID - *Gay Related Immune-Deficiency*

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LGBTQIAPN+ - Lésbicas, gays, Bissexuais, transexuais/Transgêneros/Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e demais orientações sexuais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PVHIV – Pessoa/Pessoas Vivendo com HIV

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

QV – Qualidade de Vida

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do **SIV** – Vírus da Imunodeficiência Símia

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Tratamento Antirretroviral

U=U – *Undetectable=Untransmittable*

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO 1 GEOGRAFIA E SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, CONSTRUÇÃO DO RACIOCÍNIO GEOGRÁFICO NA SAÚDE E CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	23
1.1 O RACIOCÍNIO GEOGRÁFICO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM GEOGRAFIA DA SAÚDE.....	23
1.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	33
CAPÍTULO 2 O HIV/AIDS E A PRODUÇÃO DO ESPAÇO: DO GLOBAL AO REGIONAL.....	49
2.1 SURGE UMA DOENÇA: PRIMEIROS DIAGNÓSTICOS.....	49
2.2 EXPANSÃO DO VÍRUS/DOENÇA PELO MUNDO: ESPACIALIZAÇÃO E ESTIGMA SOCIAL.....	61
2.3 HIV E AIDS NO BRASIL.....	80
CAPÍTULO 3 NOVOS OLHARES SOBRE O HIV E A AIDS: PERSPECTIVAS NA/PARA A CONTEMPORANEIDADE.....	84
3.1 VISUALIDADES DO HIV E DA AIDS AO LONGO DA HISTÓRIA.....	84
3.2 ATIVISMO, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA ATIVA.....	91
3.3 NOVOS TRATAMENTOS: PEP E PrEP.....	101
3.4 HIV E A PANDEMIA DE COVID-19.....	109
CAPÍTULO 4 HIV EM RIO VERDE (GO): ANÁLISE ESPACIAL DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E PANORAMA SOCIAL.....	113
4.1 APRESENTANDO O PANORAMA.....	113
4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HIV NA CIDADE DE RIO VERDE – GO.....	114
4.2.1 Analisando Algumas Variáveis A Partir Das Pessoas Que Vivem Com HIV – PVHIV Vinculadas.....	118
4.2.1.1 A faixa etária, o gênero e suas variações.....	122
4.2.1.2 Raça e suas desigualdades.....	128
4.2.1.3 Escolaridade, estado civil e suas nuances.....	131
CAPÍTULO 5 VOZES QUE VIVEM O HIV: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES E CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE.....	139
5.1 A IMPORTÂNCIA DAS NARRATIVAS DE PACIENTES NA SAÚDE.....	139
5.2 O TERRITÓRIO E A CONSOLIDAÇÃO DAS SUBJETIVIDADES.....	148

5.3 EXPERIÊNCIAS DOS PACIENTES: UMA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	152
5.3.1 Contextos Primários – Essenciais: Experiências Individuais E Emocionais.....	154
5.3.1.1 Reações ao diagnóstico.....	155
5.3.1.2 Relação com o tratamento.....	160
5.3.1.3 Estigma e discriminação.....	163
5.3.1.4 Redes de apoio.....	167
5.3.2 Contextos Secundários – Complementares: Aspectos Sociais, Culturais E Estruturais.....	170
5.3.2.1 Determinantes sociais.....	171
5.3.2.2 Sexualidade e vida afetiva.....	175
5.3.2.3 Temporalidade e trajetória.....	179
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	189
REFERÊNCIAS.....	194
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	211
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada.....	216
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – nº 5.794.146.....	219
ANEXO B – Autorização Secretaria Municipal de Saúde para pesquisa.....	224
ANEXO C – Ofício Circular nº 1/2022 da UFJ com pedido de autorização da pesquisa.....	225
ANEXO D – Termo de Anuência da Instituição – SAE para realização da pesquisa....	227
ANEXO E – Termo de Anuência da Instituição – SME para realização da pesquisa....	228

INTRODUÇÃO

Tendo sua origem associada ao continente Africano, a AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, da sigla em inglês - é uma patologia que enfraquece o sistema imunológico do ser humano. Isto, decorre do não tratamento do vírus HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana. Foi na década de 1980 que começou a se espalhar pelo mundo, permeando, também, o território brasileiro. Com o seu avanço, ainda sem tratamento consolidado e com um prognóstico nada favorável, disseminou-se para todos os continentes, tornando-se global.

Desse modo, as narrativas sobre a sua disseminação ao redor do planeta, a caracterizam, então, como uma epidemia a nível global, e que até 2025 faz vítimas, tanto pela falta de informação quanto pela dificuldade de acesso ao tratamento. No Brasil, os primeiros casos datam de 1980 (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015). Contudo, presume-se que, tanto nos Estados Unidos quanto no Brasil, o surgimento dessa enfermidade tenha ocorrido anteriormente a esse período.

Partindo dos grandes centros urbanos, ao longo dos mais de quarenta anos desde seu surgimento, o vírus e a doença saíram dos seus focos centrais de origem e se espalharam para espaços urbanos interiorizados, atingindo todas as camadas sociais, demonstrando que, nos últimos anos, a epidemia tem sofrido mudanças significativas em seu perfil epidemiológico, que “[...] inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculina, a atual epidemia do HIV e da AIDS caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização” (Brito, Castilho; Szwarcwald, 2001, p. 207).

Desse modo, a pesquisa parte de uma problemática apresentada no cenário atual do HIV, que, mesmo se transformando em uma condição crônica – graças aos avanços biomédicos e ao acesso gratuito ao tratamento antirretroviral –, ainda gera estigmas. Estes, associados a essa enfermidade, reconfiguram as vivências das pessoas que vivem com HIV (PVHIV), que, em seu cotidiano, têm limitado a conquista da plena cidadania por meio da sua invisibilização.

No contexto da interiorização, esta pesquisa se propôs compreender, por meio dos relatos de pessoas que vivem com HIV, as experiências vividas e os seus desafios diante o estigma e invisibilidade configurados no contexto urbano de Rio Verde. Como objetivos específicos, propôs-se a: caracterizar o momento da descoberta do HIV, entendendo sua influência na formação de identidades e na vida cotidiana; discutir como os estigmas reconfiguram as relações sociais e os percursos dos sujeitos soropositivos na cidade de Rio

Verde; e, por fim, entender como a experiência subjetiva, por meio da resiliência, cuidado e afeto é essencial para a gestão da doença.

A mesma é justificada, pois preenche uma lacuna na geografia da saúde, teórica e metodológica, a partir da fenomenologia, valorizando a experiência vivida em detrimento da doença em si. O conceito de espaço vivido corrobora para compreender a geografia, especialmente da saúde, como uma ciência que escuta o sujeito e o compreende.

Socialmente, a perspectiva fenomenológica oferta um cenário social onde as narrativas desse grupo são valorizadas, haja vista que são duas vezes marginalizadas. Em primeiro lugar, ao ser diagnosticado com o HIV e passar a viver com ele; e, em segundo lugar, ao viver em um contexto urbano interiorizado, submetido ao conservadorismo, que paralelamente silencia e invisibiliza as pessoas que vivem com HIV. O estigma elucidado nas subjetividades pode subsidiar iniciativas para a criação de políticas que ultrapassam as barreiras do tratamento, valorizando tanto a luta contra o preconceito quanto em projetos para promoção da cidadania.

A princípio, descobrir-se HIV positivo na atualidade já não configura uma sentença de morte. Esse ideário foi comumente associado aos sujeitos que se descobriam soropositivos durante as duas primeiras décadas de surgimento da epidemia (Laurindo-Teodorescu; Teixeira, 2015). Inicialmente identificada como câncer gay (os primeiros casos foram descobertos por meio do diagnóstico de sarcoma de Kaposi¹, que acometia muitos homossexuais portadores do HIV na época), pois eram as pessoas pertencentes a esse grupo os principais infectados. Hoje, ela atinge todos os grupos sociais, independente da identidade sexual e do gênero.

O HIV, dentro das cidades, continua sendo invisibilizado e invisibilizando sujeitos. O estigma social ao qual os sujeitos soropositivos estão expostos continua sendo prejudicial às suas relações cotidianas. Se, em contextos urbanos maiores, o preconceito e a discriminação conseguem marginalizar esse grupo, em cidades do interior, como Rio Verde, esse estigma tende a ser maior.

É aqui que surge a questão central desta pesquisa: de que os estigmas produzidos em uma cidade interiorizada invisibilizam e marginalizam as pessoas que vivem com esse vírus. Paralelo a esse apagamento/invisibilização, nos grandes centros urbanos, as redes de apoio existem por meio de grupos e organizações que já discutem abertamente essa temática. O

¹ É um tipo de câncer que acomete as camadas mais internas dos vasos sanguíneos. Além das lesões na pele, podem surgir outras semelhantes nos gânglios, no fígado, nos pulmões e por toda a extensão da mucosa intestinal (provocando sangramentos digestivos) e dos brônquios. É comum também elas se instalarem na parte interna das bochechas, gengivas, lábios, língua, amídalas, olhos e pálpebras. A doença é rara em pessoas com o sistema imunológico íntegro, mas é uma complicação comum da **AIDS** (Santos; Lima, 1994).

ativismo é mais presente. Esse grupo tem voz, mesmo invisibilizado. No entanto, muitos preferem se manter no anonimato, sendo uma escolha individual. Resulta disso um silenciamento, por vezes compulsório, de sua história, decorrente de estigmas impostos por uma sociedade conservadora e excludente. Legalmente, a pessoas vivendo com HIV é assistida caso queira se manter no anonimato, sem, contudo, oferecer risco ao próximo.

Para melhor compreensão, a Lei nº 14.289, de 2022, obriga o sigilo da condição desse paciente em diversos âmbitos, onde os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, precisam se organizar, de modo que a identificação desse paciente não seja permitida. Lei essa que inclui não somente o HIV, mas também hanseníase e tuberculose. Esse sigilo somente poderá ser quebrado em casos previstos na lei ou por autorização do próprio paciente. Contudo, mesmo resguardado pela lei, esse paciente também deve cumprir todos os protocolos acerca do tratamento e prevenção, não colocando em risco a saúde de terceiros. Isso acontece pois, quando se assume o risco, podendo contaminar outras pessoas, é considerado crime, podendo responder juridicamente e criminalmente.

Assim, a viabilidade da construção dessa pesquisa foi possível graças à presença dos Serviços de Assistência Especializada – SAE nessa cidade, que recolhem e administram os dados referentes a esse grupo, subsidiando o acompanhamento, tratamento e prevenção ao vírus HIV, prevenindo o desenvolvimento da AIDS nesses pacientes. Nesse contexto, a metodologia se desenha de forma clara.

Para isso, utilizou-se de algumas etapas distintas, mas sempre complementares: a primeira correspondeu ao levantamento de literaturas que embasassem a construção textual em diversas bases de dados. A segunda etapa correspondeu à coleta de dados nos prontuários físicos, extraídos no SAE, dos pacientes que fazem tratamento para o HIV. Por fim, a terceira etapa diz respeito às entrevistas semiestruturadas realizadas com os pacientes em tratamento, sendo realizadas de forma presencial e individual, sendo feitas as transcrições e análises das mesmas.

Desse modo, para entender geograficamente como estão distribuídos os casos de HIV na cidade de Rio Verde, é importante e fundamental fazer o uso da análise espacial, esta sendo uma ferramenta de suporte relevante para que haja essa compreensão. Em vista disso, faz-se necessário destacar, no campo da geografia, a existência de variáveis intrinsecamente relacionadas às convenções espaciais e que devem ser especificadas, direcionando então a formulação de ações que envolvam a prevenção, atendimento e tratamento para as PVHIV. Logo, compreender o alastro do vírus em contextos urbanos não somente permite o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas ao HIV, como propicia a diminuição da sua

incidência, promovendo no âmbito da saúde, a equidade, fazendo uso de um comportamento interdisciplinar entre esta e a geografia.

Essa interdisciplinaridade resulta em uma abordagem que se utiliza de elementos relacionados à saúde, que são inerentes à geografia, como a epidemiologia, uma área importante para os estudos da dinâmica urbana e que, ao ser reconhecida, contribui para a fomentação e aprimoramento de estratégias já existentes no combate ao HIV. Portanto, em um contexto urbano, a promoção da saúde para as PVHIV está particularmente associada à análise espacial e suas variáveis e determinantes.

Com efeito, o texto apresentado à banca de defesa reflete uma busca constante de diversos pesquisadores por temáticas que são importantes para os contextos sociais atuais, como o acesso aos serviços de saúde e a espacialização dos mesmos. Aprovado pelo Conselho Diretor do Instituto de Geografia – IGEO/UFJ, e posteriormente pelo Comitê de Ética Pesquisa da Universidade Federal de Jataí (Parecer nº 5.794.146), aberto na Plataforma Brasil pelo processo CAAE: 659948422.2.0000.0187, foi possível a coleta de dados dos prontuários físicos, bem como aplicação das entrevistas semiestruturadas aos pacientes que fazem tratamento antirretroviral. Apresentando alguns resultados, o texto foi dividido em cinco capítulos, além da introdução e considerações finais.

O primeiro capítulo discute a geografia da saúde a partir de seus marcos teóricos, propondo discussões acerca do território, espaço vivido e vulnerabilidades para compreender como se configuram as desigualdades associadas ao processo saúde-doença.

O segundo capítulo traz uma abordagem do HIV, desde a sua origem e disseminação, para elucidar o papel do Sistema Único de Saúde - SUS e como foi a resposta brasileira a esse vírus. Também dialoga sobre como as políticas públicas territorializaram os casos de HIV.

No terceiro capítulo faz-se uma reflexão acerca dos avanços, tanto sociais quanto biomédicos, em relação ao HIV, como os novos tratamentos (PrEP e PEP) e a importância do ativismo político e social, que colocou em questionamento a persistência, diante de tantas transformações, de estigmas e discriminação direcionados às PVHIV.

O quarto capítulo apresenta uma perspectiva social dos casos de HIV na cidade de Rio Verde – GO, trazendo discussões em relação ao perfil desses pacientes nesse contexto urbano, associado a dados oficiais, sendo realizada a produção de alguns mapas temáticos e gráficos para fomentar essa discussão.

Por fim, no quinto e último capítulo, nas entrevistas com as PVHIV e suas subjetividades, evidenciou-se como essas configuram suas experiências cotidianas permeadas por um diagnóstico positivo para o HIV, seu tratamento e estigmas, compreendendo que tanto

o espaço vivido quanto a escuta ativa desse paciente são importantes e configuradas como elementos geográficos em um campo da saúde.

Entende-se, portanto, que o HIV não é aleatório e sofre ingerência de fatores associados à dinâmica urbana, como as desigualdades socioespaciais por meio da segregação urbana, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e dos fluxos populacionais. Saber onde e por que esses casos estão concentrados em determinadas regiões/bairros em detrimento de outros fortalece as políticas públicas, principalmente no que tange à prevenção, bem como ajuda a elucidar que o HIV não está restrito às grandes cidades, mas também está inserido em diversos contextos urbanos, especialmente os interiorizados.

CAPÍTULO 1 GEOGRAFIA E SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICOS, CONSTRUÇÃO DO RACIOCÍNIO GEOGRÁFICO NA SAÚDE E CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este primeiro capítulo traz uma abordagem teórica acerca do raciocínio geográfico e sua influência na produção do conhecimento geográfico, analisando o conceito de pensamento espacial na sua construção, pois é a partir da análise espacial que se fundamenta a ciência geográfica. Com isso, rompe-se com a visão empírica de seus primórdios. Ademais, discorre sobre como o raciocínio geográfico se relaciona com a geografia da saúde, apontando a via teórica a ser seguida. Além disso, percorre todo o caminho metodológico a ser utilizado no decorrer da pesquisa, desde a coleta à análise de dados. Por fim, para elucidar a importância do estudo da temática proposta, faz um breve estado da arte a respeito do que já foi produzido na geografia relacionado ao HIV e à AIDS e às perspectivas futuras.

1.1 O RACIOCÍNIO GEOGRÁFICO NA CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO EM GEOGRAFIA DA SAÚDE

A ciência geográfica, de acordo com Cavalcanti e Viadana (2010), teve sua origem na Grécia Antiga, quando os gregos registravam tudo o que viam a partir de seus recursos humanizados e naturais e sua cultura, evoluindo a discussão por meio das suas relações, sendo a sociedade-natureza a mais importante delas. Para esses autores, a Grécia foi vista “como a primeira cultura conhecida a explorar ativamente a geografia como ciência e filosofia” (2010, p. 11). Logo, a geografia se mostrou uma ciência múltipla e complexa que abrangeu, além de importantes categorias de análise, um vasto campo de áreas e conceitos que estabeleceram relações entre si e entre essas categorias, principalmente o espaço, o território e o lugar.

É nessa trinca de categorias que se desenrola a vida e seus cotidianos. Portanto, ao tentar entender como acontece o seu desenvolvimento, bem como as relações que se constroem neste espaço, neste território, neste lugar, que está situado em um mundo múltiplo e complexo, é onde se constitui o raciocínio geográfico. Se estudar geografia é um caminho para depreender o mundo em que se está situado, é pelo raciocínio geográfico que vai se compreender os fenômenos deste mundo a partir de um pensamento espacial, este definido como “um amálgama constitutivo de três elementos: os conceitos de espaço, as ferramentas de representação e os processos de raciocínio” (Nrc, 2006, p. ix).

Desse modo, faz-se entender que, na geografia, o espaço geográfico é o espaço humanizado, ou seja, que foi transformado pela ação humana. Portanto, o pensamento espacial na geografia associa-se ao movimento da relação contínua entre sujeitos, espaço e representação. Tríplice essa responsável pela dinamicidade em que se insere o raciocínio geográfico.

Nada é estático quando se fala em raciocínio geográfico, incorporando a dimensão temporal e tendo como principal elemento a espacialidade. Com isso, sendo possível fazer uma análise crítica dos fenômenos, compreendendo mais a fundo como se estabelece e se desenvolve a interação da sociedade como meio em que está inserida. É mister a compreensão do raciocínio geográfico como algo que é desenvolvido a partir das experiências cotidianas dos sujeitos, sejam elas individuais ou coletivas, em seus espaços-tempo. Desse modo, a figura do geógrafo é imprescindível.

A sua interpretação do mundo que está à sua volta, de acordo com La Blache (2019, p. 4) “assume significado particular referente ao lugar de onde o próprio fato surgiu. A necessidade de localizar confunde-se com a necessidade de compreender”. Com isso, entende-se a importância desse conceito, pois ele “pode abrir caminhos junto às ciências da observação – sejam as da natureza, sejam as do homem” (La Blache, 2019, p. 4). Observação esta essencial para apontar os caminhos a serem seguidos na construção de uma pesquisa geográfica.

Em vista disso, a construção dessa pesquisa norteou-se pelo conceito de raciocínio geográfico, pois ele é uma peça fundamental para a formatação de uma pesquisa geográfica, se manifestando em diversas etapas, principalmente na formulação do problema, que leva à discussão de como pensar geograficamente. A geografia em si, por um tempo, ficou presa às suas raízes empíricas até se renovar, principalmente com Paul Claval e sua tão célebre geografia cultural.

Norteador pelas relações espaciais, Claval (1984) possibilitou uma renovação na geografia, se utilizando do conceito de poder para entender a relação do homem com o espaço na dimensionalidade das sociedades que, dependente da natureza, na expansão da cultura acabam perdendo um pouco seu vínculo. Nesse sentido, para Claval (1984, p. 223) “a sociedade não pertence ao domínio da natureza: o que há nela de natureza é repensado e reestruturado pela cultura”.

Compreende, então, a submissão da natureza ao homem enquanto sociedade, exercendo esse poder desde os primórdios das civilizações. Quanto ao poder, Claval (1979) faz uma análise a partir das relações sociais entre homem e meio, e o entendimento de poder nesta relação e a influência da cultura. Para ele,

A vida social se inscreve no espaço e no tempo. É feita de ação sobre o meio ambiente e de interação entre os homens. Coloca em relação seres que, para substituir, devem recolher do ambiente os víveres, a energia e as matérias-primas que lhes são indispensáveis. A cultura, que estabelece a originalidade de cada grupo, só se pode manter e desenvolver pelas comunicações que reduzem a viscosidade e opacidade naturais do espaço. Poder alguma coisa é estar em condições de realizá-la. A análise do poder é, numa primeira acepção, a análise da gama das ações que se sabe praticar para modificar o meio, explorá-lo e dele tirar o necessário à vida. Poder não é apenas estar em condições de realizar por si mesmo as coisas, é também ser capaz de fazer com que sejam realizadas por outros. Ao império direto sobre o mundo acrescenta-se um império sobre os outros (Claval, 1979, p. 11).

Compreender o poder como uma forma de expressão da sociedade modifica a ideia de um espaço estático e, portanto, de um raciocínio geográfico ativo, que no pensamento espacial se manifesta a partir do momento em que sujeito se expressa por meio de uma ação. É aqui que se toma o espaço como categoria chave deste estudo, pois é ele que influencia e é influenciado no processo. Castellar, Pereira e De Paula (2022, p. 432) retomam a discussão do pensamento espacial, sendo este a forma como se orienta e se manipula o espaço ao redor, e sua indissociabilidade com o raciocínio geográfico, entendendo o espaço como uma categoria de análise que ultrapassa as fronteiras geográficas, sendo “polissêmico e transversal a diversos conhecimentos” (p.432).

Por isso, a discussão realizada sobre o conceito de espaço e suas dimensões para compreender, de fato, o mecanismo da ciência geográfica leva em conta a sua polissemia, que o torna, como já afirmado anteriormente, complexo e multidimensional, como fez Harvey (2012) ao propor três concepções de espaço que ingerem a construção do conhecimento geográfico: o espaço absoluto entendido como “fixo e imóvel [...] um quadro pré-existente, imóvel, contínuo e inalterável” (Harvey, 2012, p. 156, apud Castellar; Pereira; De Paula, 2022), o espaço relativo que apresenta “processos e movimentos” (Harvey, 2012, p. 157, apud Castellar; Pereira; De Paula, 2022) e o espaço relacional, onde “o espaço e o tempo fazem parte da matéria dos processos” (Harvey, 2012, p. 159, apud Castellar; Pereira; De Paula, 2022). Estas três concepções permitiram a mudança do espaço geográfico, visto como um processo complexo, a partir do entendimento total desse fenômeno espacial (Castellar; Pereira; De Paula, 2022).

A formação do raciocínio geográfico vai muito além da perspectiva do pensamento espacial. Ao retomar o início deste capítulo, bem mais que a ciência geográfica, o pensamento geográfico também teve suas raízes marcadas nos impérios grego e romano, a partir, de acordo com Gomes (2014, p. 117), de uma “necessidade do conhecimento da superfície terrestre, em uma época de disputa entre impérios”.

Nesse contexto, se faz necessário compreender a geografia como uma ciência produtora de “conhecimentos específicos que são ferramentas teóricas e técnicas muito importantes para se compreender a dinâmica da realidade, sobretudo resultante da relação sociedade e natureza” (Cavalcanti, 2021, p. 19). Essa narrativa direciona discussões mais profundas acerca do pensamento geográfico, que, na conceituação de Cavalcanti (2021), a partir de sua explicação acima, “é uma capacidade geral de realizar análise de fatos e fenômenos da realidade” (p. 19).

Para essa autora, “há uma espacialidade na vida cotidiana de cada indivíduo e na vida social em geral, o que significa a existência de uma espacialidade nas práticas sociais” (Cavalcanti, 2021, p. 20). Nesse sentido, corroborando com essa afirmativa, Castellar (2019, p. 10-11) descreve a importância dos estudos da geografia para a compreensão da dinâmica espacial “a partir das relações sociais de produção, das ocupações e, por meio da leitura dos lugares, interpretar as espacialidades da organização do espaço geográfico”.

Com isso, fomenta-se um olhar geográfico que, para essa autora, “possibilita analisar a diferença entre as coisas, enfocando na produção da heterogeneidade a partir da dimensão locacional” (Castellar, 2019, p. 11). O questionamento recorrente do porquê as coisas estão onde estão? tem nesse olhar geográfico a sua resposta, como descreve Gomes (2017):

Em outras palavras, diríamos que a Geografia é o campo de estudos que interpreta as razões pelas quais coisas diversas estão situadas em posições diferentes ou por que as situações espaciais diversas podem explicar qualidades diferentes de objetos, coisas, pessoas e fenômenos. Trata-se de uma forma de construir questões, ou seja, a curiosidade de saber em que medida o sistema de localização pode ser um elemento explicativo (Gomes, 2017, p. 20).

Portanto, é essencial entender a quão dinâmica, na atualidade, é a geografia. Por muito tempo, ela se manteve estática. Na contemporaneidade, ela se tornou mais complexa e precisa ser compreendida assim, como explica Costa:

Os estudos de Geografia produzidos na atualidade estão abandonando, cada vez mais, a noção fixa e estática de espaço e avançando rumo a uma compreensão mais complexa, que leva em consideração a natureza, o trabalho humano, a divisão do trabalho, a organização social, o movimento, a transformação, a contradição, a percepção e a cultura (Costa, 2020, p. 8).

A abrangência dessa ciência, bem como sua atuação na produção/construção de conhecimento, é entendida na/pela intersecção de conceitos geográficos que, na contemporaneidade, proporcionam um raciocínio crítico acerca do meio em que o sujeito homem está inserido. Com isso, a abordagem da geografia da saúde serve como uma bússola

orientadora para essa pesquisa, haja vista a sua temática, o HIV, tendo como objeto de investigação a espacialização dos casos provenientes desse vírus.

Entendendo que “a geografia, preocupada com as sociedades em que se insere, desperta atenção, sendo estimulada a se pronunciar sobre os desafios colocados pelas questões de desenvolvimento econômico e, sobretudo, sobre a complexidade das relações humanas” (Castro, 2013, p. 25), esta temática, além de atual, pensando os acontecimentos contemporâneos em relação à saúde e à pandemia de COVID-19, é complexa e exige um aprofundamento teórico que corrobore para elucidar como a geografia está intrinsecamente relacionada aos episódios epidêmicos e pandêmicos na história e na atualidade das populações mundiais. Logo, o espaço/tempo e a sociedade formam uma relação indissociável.

Sendo a tríade espaço-tempo-sociedade os principais objetos de estudo da geografia contemporânea, é essa mesma tríade que, direta ou indiretamente, influenciou os estudos geográficos e de saúde de décadas e séculos passados. O exemplo de Maximillien Sorre (1880-1962), que fundamentou seu complexo patogênico partindo de três dimensões ou planos: o físico, o biológico e o social (Vieites; Freitas, 2009)

Esse complexo patogênico é importante na/para a geografia da saúde, pois foi pioneira ao relacionar, no processo saúde-doença, o espaço geográfico, além do contexto territorial. Guimarães *et al.* (2019, p. 121) ao discutir a importância dos geógrafos clássicos na construção de uma discursiva que aborde a saúde, descreve como Sorre denominou esse complexo:

As associações estáveis (no tempo e no espaço) entre os entes da cadeia epidemiológica (vetores, reservatórios, agentes patológicos e o ser humano) e o espaço geográfico, que conformaria uma extensão territorial (área de ocorrência) de uma determinada doença. A existência do complexo territorialmente delimitado conduziria a produção de doenças. Dessa forma, a área de localização de determinada doença daria pistas para a compreensão de fatores socioambientais relacionadas à sua ocorrência (Guimarães; *et al.*, 2019, p. 121)

Dando início, então, à construção de uma geografia da saúde, *a priori* reconhecida como geografia médica e tantos outros nomes, como explica Rojas (1998, p. 702) ao afirmar que “otras denominaciones han sido adoptadas por países y regiones, entre las que se destacan con alguna connotación evolutiva, la Topografía Médica, Geografía de las patologías, de las enfermedades y las muertes, Geomedicina, Geoepidemiología y Ecología Médica”.

De acordo com Vieites e Freitas (2009), ao discorrerem sobre o impacto de Sorre para a geografia humana ao incluir esse ‘novo’ campo na mesma, afirmam que isso “permitiu a apreensão da doença em termos de um fenômeno localizável, passível de delimitação em termos

de área” (p. 4). Entendendo a utilização dos conceitos de espaço e território como norte para os estudos no/do processo saúde-doença.

Também na história, principalmente pelos estudos de Hipócrates, considerado o ‘pai’ da medicina, entende-se que “as origens conceituais da Geografia da Saúde podem ser traçadas desde a Grécia antiga” (Alievi; Pinese, 2013, p. 5). A própria geografia teve essa origem a partir do interesse do homem em compreender seu espaço habitado, “[...] por isso desde as mais antigas civilizações a geografia se fazia presente” (Silva, 2018, p. 25). Reafirmando a concepção do pensamento e da ciência geográfica na Grécia Antiga, Silva (2018, p. 25) aponta que “foi na antiga civilização grega que os conhecimentos geográficos tiveram seu primeiro grande impulso”. Mas foi através de Ritter e Humboldt, entre os séculos XVIII e XIX, de acordo com esse autor, que:

A Geografia é elevada ao status de ciência, pois passa a ter um objeto próprio de análise, o espaço, observado e estudado através de suas paisagens utiliza o método científico que rompia com as ideias teológicas ou metafísicas e sistematiza os resultados das experiências positivas acumulando conhecimento (Silva, 2018, p. 26).

Desse modo, é no século XX que a geografia da saúde vai evoluir, mesmo estando associada e inserida nos subcampos das pesquisas em saúde. (Alievi; Pinese, 2013). Por exemplo, no Brasil, é na década de 1950 que a geografia médica sinaliza para um avanço significativo na relação geografia e saúde, que, mesmo atendendo aos interesses políticos da época, contribuiu para a sua consolidação a partir do ano de 1972 com a publicação do texto “Introdução à geografia médica no Brasil”, que, de acordo com Junqueira:

Tinha por objetivo aproximar os conhecimentos de médicos e geógrafos sobre a região Nordeste e Centro – Oeste do país. [...] que apesar de não conseguir cumprir seu objetivo de integrar tais conhecimentos, tem contribuído para o resgate histórico das discussões entre geografia e saúde (Junqueira, 2009, p. 7).

Nesse quadro, a geografia da saúde foi se tornando cada vez mais importante, principalmente quando:

As análises das doenças ou causas que levam as doenças passaram a ser relacionadas, não apenas a fatores biológicos ou climáticos, mas com os fatores socioeconômicos, as condições de trabalho, a idade, os recursos aplicados na melhoria da saúde pública, seu planejamento, a qualidade de vida e outros aspectos tão importantes e que às vezes não eram levados em conta (Junqueira, 2009, p. 8).

Essa afirmativa demonstra o quanto esse campo é indissociável e intrínseco às relações sociais que ingerem sobre o espaço através do tempo. Em vista disso, entende-se que há uma

relação duradoura entre o passado e o presente, visando a construção de espaços heterogêneos.

Como bem explica Santos:

O espaço deve ser considerado como um conjunto de relações realizadas através de funções e de formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita por processos do passado e do presente. Isto é, o espaço se define como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações sociais que estão acontecendo diante dos nossos olhos e que se manifestam através de processos e funções. O espaço é, então, um verdadeiro campo de forças cuja aceleração é desigual. Daí porque a evolução espacial não se faz de forma idêntica em todos os lugares (Santos, 2004, p. 153).

Portanto, dentro das possibilidades discursivas, vale depreender como se desenvolve a associação entre o raciocínio geográfico e a geografia da saúde. Essa relação acontece para direcionar à interdisciplinaridade que ocorre para que haja a compreensão da intersecção entre o lugar e o espaço e sua relação com o bem-estar. É nesse contexto que a geografia da saúde se amplifica, mitigando uma visão limitada que a situava no papel de analisar como as doenças se distribuíam em determinado espaço ou território, e construindo uma ponte para o entendimento de que, para as populações em geral, o surgimento de algum problema de saúde ou o agravamento de um já existente está relacionado a três fatores principais: sociais, econômicos e ambientais.

Esses fatores devem estar associados, e com isso, promoverão a criação de modelos de saúde diversos e direcionados a diferentes populações. Desse modo, visando o acesso das mesmas e contribuindo para a melhora da qualidade de vida, bem como facilitando o acesso aos serviços de saúde e à assistência médica. Todo esse processo promove um pensamento social que elucida um ideário humanístico, que estimula a ação pessoal.

Se Santos (2004), ao utilizar o conceito de lugar para explicar a dinamicidade do espaço por meio das relações sociais, sendo esse mesmo lugar fazendo parte de um território, e ambos estando inseridos no espaço, considerando a polissemia deste espaço, é na/pela análise espacial, em toda a sua diversidade (abstrata ou concreta), que vai caracterizar o espaço geográfico e, portanto, direcionar ao entendimento das desigualdades de saúde.

Geograficamente, essas desigualdades permitem identificar áreas de vulnerabilidade e fomentam intervenções que promovem a equidade em saúde. Essa percepção está profundamente associada com a temática apresentada nessa pesquisa, o HIV, uma vez que o processo de invisibilização dos sujeitos portadores do vírus provoca o aumento das desigualdades sociais, que para Santos (2004) é compreendida em uma concepção macro ou micro do espaço.

É por meio dessas desigualdades, e das discussões realizadas, que sua influência é determinada no/sobre o espaço. Logo, a geografia da saúde tem, nos determinantes de saúde, um campo amplo de pesquisa para esta discussão. Para melhor entendimento dessa discussão, na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS, em seu Artigo Terceiro menciona que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, p. 1, 1990).

Ao compreender esses determinantes e condicionantes, é possível entender a configuração das desigualdades, pois diretamente contribuem para a ocorrência e/ou aumento dos problemas de saúde e, conseqüentemente, dos fatores de risco para a população. Basta observar a afirmação que se faz nesse mesmo artigo terceiro da lei de criação do SUS, explicando que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, p. 1, 1990).

Em vista disso, discute-se como a ciência geográfica se utiliza da ecologia da saúde para empreender debates acerca dos condicionantes de saúde e o ambiente natural ao qual está relacionado. Desta relação surgem estratégias para promover a saúde, onde faz-se entender que é nessa ecologia que vai se discutir como o homem se relaciona com seu meio (ambiente). Para a geografia da saúde, muito interessa a ecologia, pois a mesma oferece caminhos para a compreensão da interação homem-meio e os fatores que a influenciam.

Nesse sentido, é preciso entender que existe uma perspectiva social ecológica que maximiza a concepção da geografia da saúde e “é constituída por uma estrutura de princípios teóricos que tem por objetivo entender a relação dinâmica entre vários fatores individuais e ambientais e sua influência na saúde” (Fragelli; Günther, 2008, p. 158).

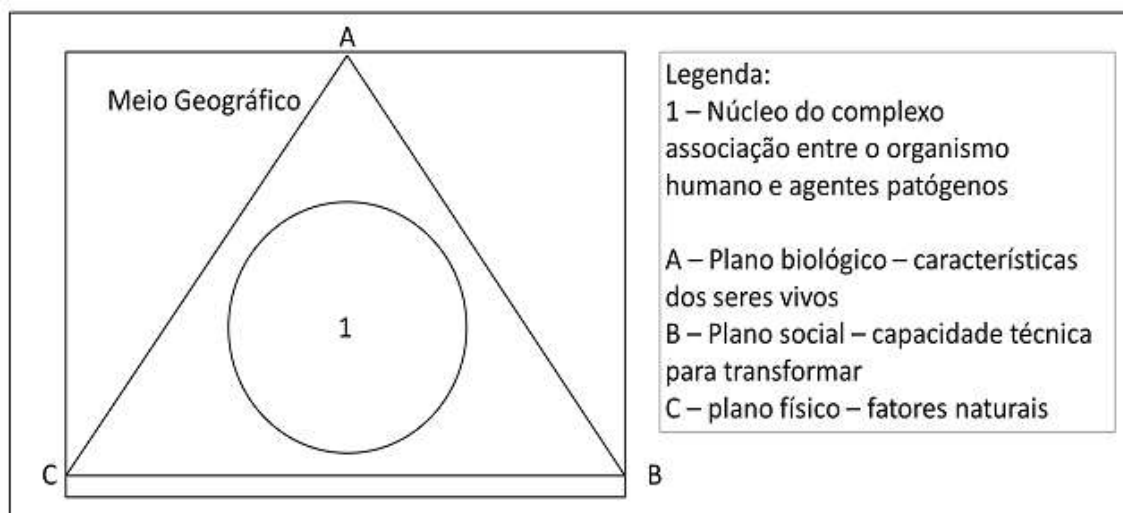
Existe então, nessa ótica, uma interação entre homem e natureza que vai produzir essa perspectiva em uma imersão ecológica que leva em consideração esse homem e sua complexidade, elucidada pela “inter-relação entre a história social, natural e pessoal para a produção de comportamentos” (Fragelli; Günther, 2008, p. 158).

Nesse sentido, na relação entre homem e ambiente, o modo como um age sobre o outro vai direcionar um panorama que, por ora, deveria ser positivo, mas que, dependendo da intensidade dessa relação, afetará de maneira nociva à saúde, tanto individual quanto coletiva de um grupo humano específico.

Nessa ótica, cabe destacar novamente Sorre e a evolução de seu Complexo Patogênico. Guimarães, Catão e Casagrande (2018) discutem esse complexo, que foi desenvolvido pelo francês no período em que a sociedade urbano-industrial mais se desenvolveu, concomitante

aos agravos das enfermidades na população em geral, principalmente ocasionado pelas migrações. Por isso, é importante materializar esse complexo patogênico. Abaixo, construído por esses três autores, é possível ter uma noção de como se concebe esse complexo:

Figura 1 – Complexo Patogênico de Sorre



Fonte: Guimarães; Catão; Casagrande, (2018).

Para explicar o funcionamento desse complexo, esses autores mencionam que,

Em seu nível elementar (núcleo do complexo), a doença seria resultado da associação entre o organismo humano e os agentes patogênicos. Quando o ciclo de vida dos agentes patogênicos envolve a transmissão humana, o meio geográfico e outros seres vivos (hospedeiros e vetores), o complexo resulta numa ordem maior, cujos atributos geográficos são a extensão, a situação e a conexão (Guimarães; Catão; Casagrande, 2018, p. 3).

Na contemporaneidade, com algumas mudanças históricas que vem ocorrendo na sociedade e a influência da globalização sobre essa, alguns fenômenos como a expressiva mobilidade social e os movimentos populacionais, o comércio mundial e as significativas mudanças climáticas têm impactado a saúde em seus vários níveis.

Desses fenômenos, a mobilidade populacional, que corresponde ao deslocamento do ser humano entre os espaços geográficos, se mostra mais dinâmica. Dentro de sua concepção, se discute a migração, que é um fator facilitador para disseminação de doenças, haja vista que o deslocamento de pessoas, que tem por objetivo encontrar espaços como condições propícias à sobrevivência, somado aos seus comportamentos que podem ser de risco ou não, aumenta a

possibilidade de ser contrair, ou, se já possuir, disseminar alguma enfermidade nos diferentes e complexos contextos sociais e geográficos da atualidade.

Desse modo, é preciso entender a evolução e discussão destes fenômenos, fazendo o uso uma perspectiva geográfica, que visa romper com determinadas fronteiras já pré-estabelecidas, tendo em vista esses mesmos fenômenos. Que, em sua integralidade, é entendida quando o raciocínio geográfico faz união com a geografia da saúde. Logo, fundamenta a compreensão das relações entre espaço e saúde, em suas formas mais complexas.

Diante de tantas geografias e possibilidades de pesquisa, a utilização da geografia da saúde vem propor uma análise de como determinada doença e seu agente etiológico se expressam dentro de um espaço urbano. É ali que surge o objeto de estudo desta pesquisa, o HIV e a espacialização dos seus casos neste espaço. Nesse sentido, direcionando o caminho metodológico, principalmente na configuração das representações sociais dos sujeitos que carregam esse estigma de ser soropositivo. Afinal, “a relação entre a saúde e a produção do espaço urbano envolve outros aspectos da geografia urbana, na perspectiva dos movimentos sociais e de suas representações sociais” (Guimarães, 2001, p. 157).

Esse panorama é relacional à concepção do pensamento espacial, uma vez que ele “não é estático, mas sim um processo dinâmico que nos permite localizar, descrever e explicar” (Ribeiro, 2022, p. 8), sendo também relacional ao raciocínio geográfico, pois compreende-se que, para se fazer geografia ou a ciência geográfica, é o indivíduo, a partir de sua subjetividade, que vai se utilizar desse raciocínio para identificar determinada conjuntura geográfica, fazer a sua descrição e, por fim, analisar sua estrutura (Ribeiro, 2022).

Desse modo, para compreender a epidemia do HIV, que desde a década de 1980 vem assolando as sociedades, a geografia exerce essencial papel para entender sua disseminação, a partir de fatores espaciais e fatores sociais. Estes que diretamente exercem influência na propagação do vírus.

Com o raciocínio geográfico, nos é permitido entender os padrões do HIV, seja na transmissão, na disseminação, na prevenção e no seu tratamento, possibilitando, entre algumas ações: mapear sua distribuição espacial, analisar os determinantes de saúde, entender a mobilidade dos pacientes soropositivos, avaliar o acesso aos serviços de saúde, entre outras ações. Afinal, faz-se essencial identificar os contextos em que o HIV se insere, para assim, desenvolver ações de prevenção e controle.

1.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Os caminhos metodológicos exercem, de fato, um papel fundamental em qualquer pesquisa, representando o sustentáculo para o desenvolvimento e a validação de estudos propostos. A preferência e aplicabilidade responsável de uma metodologia são essenciais para garantir sua qualidade, credibilidade e significância dos resultados obtidos. Logo, a idealização de uma pesquisa científica, de acordo com Andrade (2010, p. 30), “é sempre uma opção, reflete escolhas, caminhos e riscos a serem percorridos”.

Nesse contexto, deve-se entender a metodologia como um agrupamento de estratégias, que perpassa a coleta, análise e interpretação de dados, revelando uma realidade específica de determinados grupos, onde seus resultados são validados por meio dos caminhos metodológico seguidos e associados à sua proposta de pesquisa, que vai direcionar o pesquisador na realização das etapas pré-definidas e dos seus métodos utilizados. A definição entre um método qualitativo ou quantitativo, ou a utilização de ambos, vai depender da natureza da pesquisa, dos objetivos e das questões em análise, principalmente da problemática a ser estudada. Nesse sentido, Andrade (2010, p. 31) aponta que, nesse processo, “o pesquisador precisa ter uma definição concisa do problema de pesquisa, enquanto etapa mais importante do processo de investigação científica para escolha do método”.

Desse modo, a partir do problema, os procedimentos a serem elegidos devem seguir parâmetros que correspondam ao método utilizado pelo pesquisador. Estes procedimentos, ao longo da pesquisa, podem ser substituídos ou complementados, pois não são fixos ou estáticos. Como afirmam Lima e Miotto:

Não significa que os procedimentos a serem seguidos são determinados de uma vez para sempre, pois mesmo que o pesquisador tenha definido o objeto de estudo, o vínculo com determinada tradição e o desenho da investigação, ele sempre poderá voltar ao objeto de estudo à medida que forem obtidos os dados, de modo a defini-lo mais claramente ou reformulá-lo. Consequentemente, esse movimento acarretará novas alterações, ou escolhas quanto aos procedimentos metodológicos (Lima; Miotto, 2007, p. 40).

Outra questão importante nessa discussão é o uso da abordagem qualitativa e das representações sociais, especialmente nas ciências sociais como a geografia, pois permite a compreensão tanto das relações sociais quanto dos fenômenos, e como ambos interferem em determinadas populações ou grupos sociais em uma perspectiva geográfica. Ambas as questões apresentadas são indissociáveis, e isso é discutido por Minayo (2007; 2014), quando esta autora faz uma apresentação sobre a pesquisa qualitativa, afirmando que a mesma:

Responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (Minayo, 2007, p. 21).

No que tange às representações sociais, a autora afirma que estas:

Manifestam-se em falas, atitudes e condutas que se institucionalizam e se rotinizam, portanto podem e devem ser analisadas. Mesmo sabendo que o senso comum traduz um pensamento fragmentário e se limita a certos aspectos da experiência existencial frequentemente contraditória, ele possui graus diversos de clareza e de nitidez em relação à realidade. É fruto da vivência das contradições que permeiam o dia-a-dia das classes sociais, e sua expressão marca o entendimento delas com seus pares, seus contrários e com as instituições. Com o senso comum, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos (Minayo, 2014, p. 236-237).

Depreende-se, por essas concepções, a sua indissociabilidade na pesquisa social. É preciso entender essas representações sociais não somente pela interpretação das subjetividades de um grupo social, mas também compreender como a saúde e a doença são representados socialmente. Isso se faz necessário a partir do objeto de estudo da pesquisa apresentada, que envolve o HIV e suas representações no espaço urbano.

Subvertendo a interpretação feita do HIV no seu surgimento ao mundo, a forma como é representada na contemporaneidade não se compara. No entanto, ainda se observa estigma em relação ao vírus, aos pacientes que o possuem e à sua evolução na sociedade. Sobre as representações sociais, é preciso entendê-las na sua concepção. Serge Moscovici (2007), psicólogo social, foi o responsável por criar a teoria das representações sociais. Diferente de outros pensadores, ele estava mais interessado

[...] em explorar a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Essa própria diversidade reflete a falta de homogeneidade dentro das sociedades modernas, em que as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (Moscovici, 2007, p. 15).

Desse modo, depreende-se uma tentativa histórica de se tentar homogeneizar os pertencentes de uma sociedade. Cada pessoa, em sua individualidade, desenvolve sua persona tanto por convenções naturais, inerente de cada um, como condicionadas pelo meio. Nesse sentido, a cultura é um dos elementos essenciais para a formação das representações sociais.

Triani, Bizerra e Novikoff (2017) ao discutirem a influência da cultura nas representações sociais, afirmam que essas:

Variam de acordo com os grupos culturais e ainda que mesmo sendo parte integrante do mesmo grupo, o homem, como sujeito social que é, pode possuir representações sociais diferentes de um outro sujeito do mesmo grupo cultural, algo que demonstra a possibilidade de dicotomia entre representações coletivas e individuais, caracterizando assim o processo dinâmico das representações sociais como o fato de ser produto e processo das relações sociais influenciadas pela cultura de pertença (Triani; Bizerra; Novikoff, 2017, p. 20).

E esse pertencimento deve ser interpretado por meio das vivências cotidianas e da construção das representações sociais a partir dessa cultura. Cada tempo prestou uma contribuição ao seu fomento. Nada mais justo que as mudanças ao longo dele também sejam inerentes às representações sociais. Como bem explica Jodelet (2017):

As representações sociais estão na história e têm uma história: evoluem na medida das mudanças intervenientes nos modelos culturais, nas relações sociais, nas circunstâncias históricas que afetam os contextos em que se desenvolvem, nos agentes que as forjam a partir de sua experiência e de sua inserção em uma rede de vínculos sociais e intersubjetivos (Jodelet, 2017, p. 27).

Se utilizando das três abordagens das representações sociais: a dimensional, a estrutural e a dinâmica, o seu entendimento no campo da saúde é importante a partir do momento em que se entender que essas representações “[...] são saberes construídos socialmente, compartilhados e inseparáveis da atividade simbólica do sujeito (Ferreira; Brum, 2000, p.12). Para a saúde, especialmente ao se utilizar do HIV como objeto de pesquisa deste estudo, é preciso entender que:

No campo da saúde observa-se cada vez mais que todas as ações e/ou omissões quanto ao auto-cuidado estão relacionadas com modelos, valores socio-culturais e crenças. Não são apenas opções individuais como pressupõe o paradigma cartesiano, hegemônico nas práticas de educação em saúde, dominantes no mundo ocidental. O binômio saúde/doença na perspectiva das Representações Sociais poderá ser estudado enquanto processo dinâmico, histórico e social (Ferreira; Brum, 2000, p.13).

Assim, ao fazer o uso das representações sociais, o sujeito se insere em uma realidade em que se faz urgência “[...] buscar conhecer o modo como um grupo social constrói um conjunto de saberes que expressam sua identidade e cultura em um dado momento histórico” (Ferreira; Brum, 2000, p.13). Minayo (2014), ao fazer essa discussão sobre as representações da saúde e das doenças, se utiliza do exemplo da AIDS. Para essa autora, a AIDS:

Mobiliza hoje no Brasil e no mundo, energias de pesquisa, de desenvolvimento de tecnologias, de ações estratégicas setoriais e intersetoriais, e outros avanços. No entanto, a aids mata e adocece menos que as doenças do coração, as violências, as neoplasias, as enfermidades endócrinas e muitas enfermidades infecciosas (Minayo, 2014, p. 252).

Isso demonstra o avanço do sistema de saúde brasileiro e seus esforços em conter o avanço de uma doença que ainda não tem cura. Por outro lado, ao dar atenção no combate ao HIV e à AIDS, e que vem diminuindo a sua incidência, outras doenças, também graves, acabam sendo deixadas de lado. Nesse sentido, ela explica que:

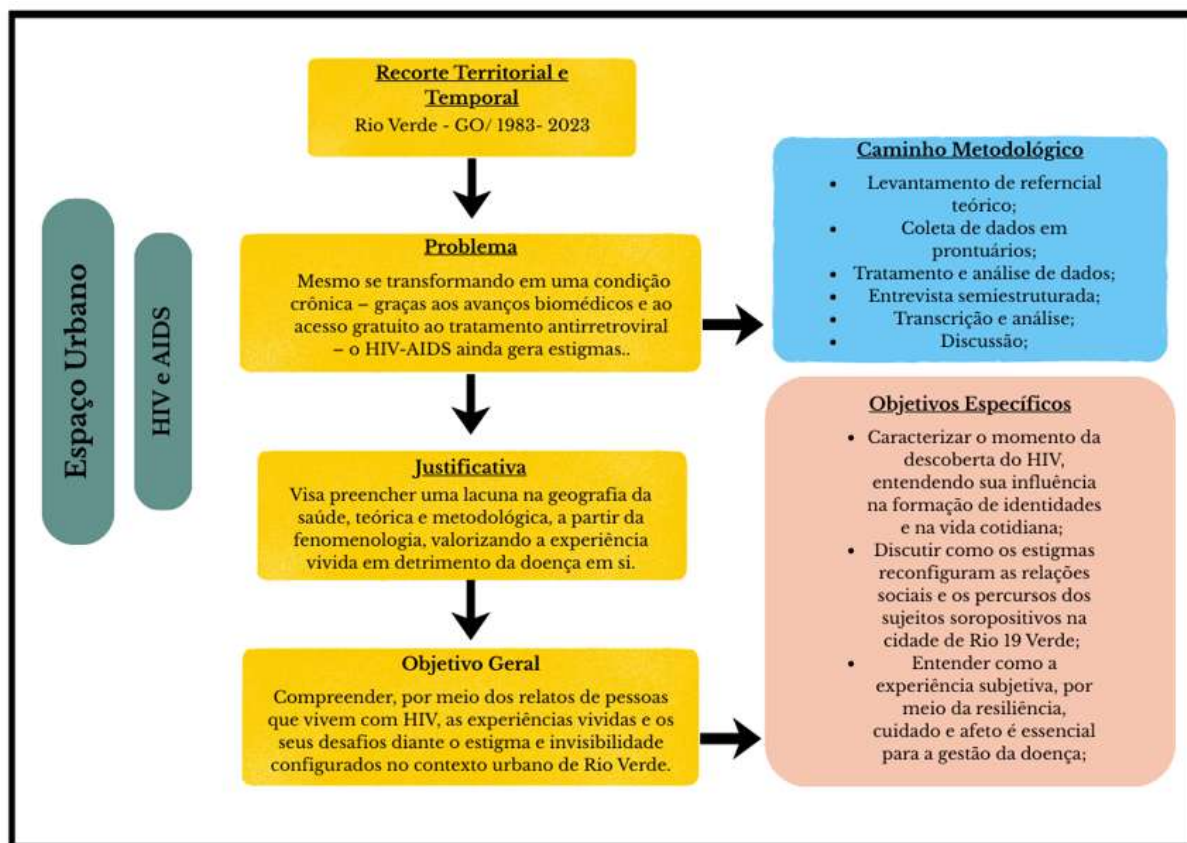
Os problemas de magnitude das enfermidades colocadas nos primeiros lugares no perfil epidemiológico dos brasileiros não chamam atenção tanto quanto a aids. Ressalto, portanto, a força das doenças-metáfora e o fato de que, nem sempre, a representação das doenças e seus riscos numa sociedade coincidem com o perfil de sua incidência e prevalência no mapa de seus problemas de saúde (Minayo, 2014, p. 252).

Deve-se, antes de tudo, ter transparência na escolha e esclarecimento dos caminhos metodológicos a serem utilizados em um estudo ou pesquisa, permitindo que o/a mesmo/a seja avaliado/a de maneira sólida por outros pesquisadores. A sua clareza e integridade no emprego de métodos amparam a confiabilidade da pesquisa e do pesquisador.

Em síntese, os caminhos metodológicos configuram um componente essencial para a pesquisa. Sua importância está na habilidade de estruturar e fundamentar a pesquisa, avançando no conhecimento em um determinado campo da ciência. Nesse caso, a Geografia e seu campo da saúde.

Desse modo, a construção dessa pesquisa seguiu alguns caminhos metodológicos, de modo a facilitar a compreensão de seu problema, objetivos, métodos e referencial no que tange ao tema proposto. Com isso, o organograma abaixo visa elucidar, ou tentar, as etapas propostas:

Figura 2 – Organograma da pesquisa – 2024



Fonte: Organizado pelo autor, 2025.

Partindo deste organograma, a pesquisa vem aportada em uma abordagem qualitativa, tendo em vista que a epidemia do HIV, assim como todo fenômeno referente à saúde, é um fenômeno social complexo (Minayo, 2004), e essa abordagem vai permitir uma análise objetiva, que de acordo com a ideia de Minayo e Sanches (1993):

Realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (Minayo; Sanches, 1993, p. 244).

Tendo essa concepção, o presente estudo foi dividido em três etapas específicas: a primeira diz respeito ao levantamento do referencial teórico que incluisse a temática do HIV em contextos urbanos, bem como sua inserção na ciência geográfica, especialmente no campo da geografia da saúde. Para isso, fez-se uma busca nas bases de dados digitais disponíveis e bibliotecas físicas, onde foram encontrados artigos, livros, ensaios, dissertações e teses que foram selecionados de acordo com sua temática e essenciais para a escrita e finalização da tese para a banca de defesa após a qualificação.

Ademais, a segunda etapa envolveu coleta de dados dos prontuários dos pacientes soropositivos atendidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de Rio Verde – GO, após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Jataí – UFJ, número do parecer 5.794.146, entre janeiro e julho de 2023, onde foram retirados dados referentes ao sexo, estado civil, formação escolar ou acadêmica, raça/cor, idade e bairro, totalizando 760 prontuários. Dados esses que foram tabulados e analisados para a compreensão do perfil social desses pacientes e para um mapeamento dos mesmos no espaço urbano dessa cidade.

Também, optou-se por fazer uma análise documental das normativas e políticas públicas já configuradas voltadas para a população que vive com HIV e já desenvolveu a AIDS. Essa análise documental se faz importante, pois, segundo Lüdke e André (2012, p. 38) “embora pouco explorada [...], a análise documental pode se constituir numa técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

Para complementar a discussão desses dados coletados na cidade de Rio Verde, foram utilizados dados secundários de domínio público, publicados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), em conjunto com o Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DATHI), que também abarcam essas variáveis coletadas.

Todo esse procedimento de coleta foi acompanhado por um representante do SAE indicado pela coordenação do mesmo, onde esses pacientes fazem tratamento antirretroviral. Vale destacar que os prontuários completos não foram retirados do seu local de origem, somente as variáveis citadas foram extraídas, e se mantiveram em sigilo no departamento. Também não houve a identificação dos pacientes, garantindo a confidencialidade de sua identidade.

Junto aos dados coletados no SAE, os Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros, disponibilizados pelo DCCI e que são de domínio público, serviram de apoio para as análises, que foram realizadas a partir do montante coletado. Observa-se que já são dados agregados, contribuindo para uma discussão mais efetiva da proposta de pesquisa.

A terceira etapa teve por ação identificar os aspectos socioespaciais das pessoas que vivem com HIV, caracterizando suas condições socioeconômicas e entendendo sua ocupação no espaço urbano. Desse modo, foram coletados dados primários por meio de entrevista semiestruturada realizada com 25 pacientes, entre julho e dezembro de 2024, escolhidos em uma abordagem espontânea e que, aceitando realizar a mesma, estivessem dentro dos critérios de inclusão, cuja realização foi individual, em ambiente reservado disponibilizado pelo SAE, onde o participante da pesquisa realiza o seu tratamento, garantindo a sua privacidade. Para

garantir o sigilo do paciente, os mesmos foram identificados como **PACIENTE** (quando necessário, abreviou-se: *P*) e a ordem em que foi entrevistado definiu sua identificação (1 a 25). Como exemplo: Paciente 1 ou *P1*.

Nesta ocasião, foi explicado os objetivos e métodos de aplicação da entrevista, sendo garantido o anonimato aos participantes em todos os momentos da pesquisa. Caso algum tema sugerido pelo pesquisador no momento da entrevista causasse algum desconforto, seria garantido ao entrevistado/a não falar sobre ele, proporcionando o mínimo de riscos. A previsão de tempo de cada entrevista foi de aproximadamente trinta minutos, que poderia ser finalizada antes ou ultrapassar esse tempo em não mais que quarenta minutos, não gerando custo ao entrevistado.

Quanto aos benefícios, tendo em vista a sensibilização desses sujeitos soropositivos, a pesquisa se propôs a reivindicar o protagonismo a esses indivíduos, historicamente invisibilizados, entendendo seus anseios, preocupações, perspectivas do seu presente e futuro, proporcionando a outros leitores e pacientes em tratamento do HIV dessa cidade e de outras localidades, por meio do produto final desta pesquisa, a tese, a compreensão de que é possível viver de forma saudável mesmo em condição sorológica positiva. Também, contribuindo para a valorização dos mesmos, uma vez que a sociedade tende a ser excludente com essa população, sendo preciso entender que o HIV, como qualquer outra enfermidade crônica, não impede esses sujeitos de criar vínculos no meio em que está inserido.

Ademais, poderá auxiliar na construção de uma base teórica que subsidie uma discussão mais a fundo da temática, proporcionando debates em favor da saúde pública, no que tange ao HIV e à AIDS nessa área de estudo, possibilitando melhor compreensão de como as pessoas estão se prevenindo em relação ao HIV, e, com isso, possibilitando o planejamento por parte dos gestores na fomentação de ações de atenção a esta população, pode também contribuir para atenuar os preconceitos a que estão expostos os sujeitos que estão em condição sorológica positiva.

A pesquisa explora e tenta explicar a invisibilização dos sujeitos soropositivos, associando-os aos dados primários coletados nos prontuários e aos dados do DCCI/DATHI, fazendo uma discussão com outros dados de domínio público, principalmente os inseridos no boletim epidemiológico HIV/AIDS 2024.

Diante disso, entende-se que para essa construção é necessário a utilização de um referencial teórico abarcado pela Geografia. Ademais, quando se fala de uma base teórica geográfica, esta deve se situar no âmbito da saúde e compreender a associação de diversos fatores, sejam de cunho geográfico, biológico, econômico ou social e sua relação direta com a

disseminação do vírus HIV. Logo, a construção dessa base teórica considera alguns conceitos e abordagens importantes nesse processo: como os determinantes de saúde, a análise espacial, o acesso aos serviços de saúde, a mobilidade populacional e, principalmente, o contexto cultural e geográfico em diferentes comunidades, grupos populares e sociedade em geral.

Também vai contribuir para futuras pesquisas que articulem geografia, espaço urbano e saúde. Nesse contexto, a discussão do espaço urbano se faz importante nessa pesquisa, pois é na cidade, majoritariamente, que se desenvolvem as vivências cotidianas dos sujeitos soropositivos. São nessas vivências urbanas, por meio de seus condicionantes, que se identificam os perfis sociais dos mesmos. Entende-se, então, que o próprio espaço é responsável pelas desigualdades existentes, desse modo, sua reprodução acontece na cidade, onde os cotidianos sociais vivenciam essas desigualdades e acabam produzindo o espaço urbano, que, na concepção de Corrêa (2016):

Caracteriza-se, em qualquer tipo de sociedade, por ser fragmentado, isto é, constituído por áreas distintas entre si no que diz respeito a gênese e dinâmica, conteúdo econômico, e social, paisagem e arranjo espacial de suas formas. Estas áreas, por outro lado, são vivenciadas, percebidas e representadas de modo distinto pelos diferentes grupos sociais que vivem na cidade e fora dela (Corrêa, 2016, p. 39).

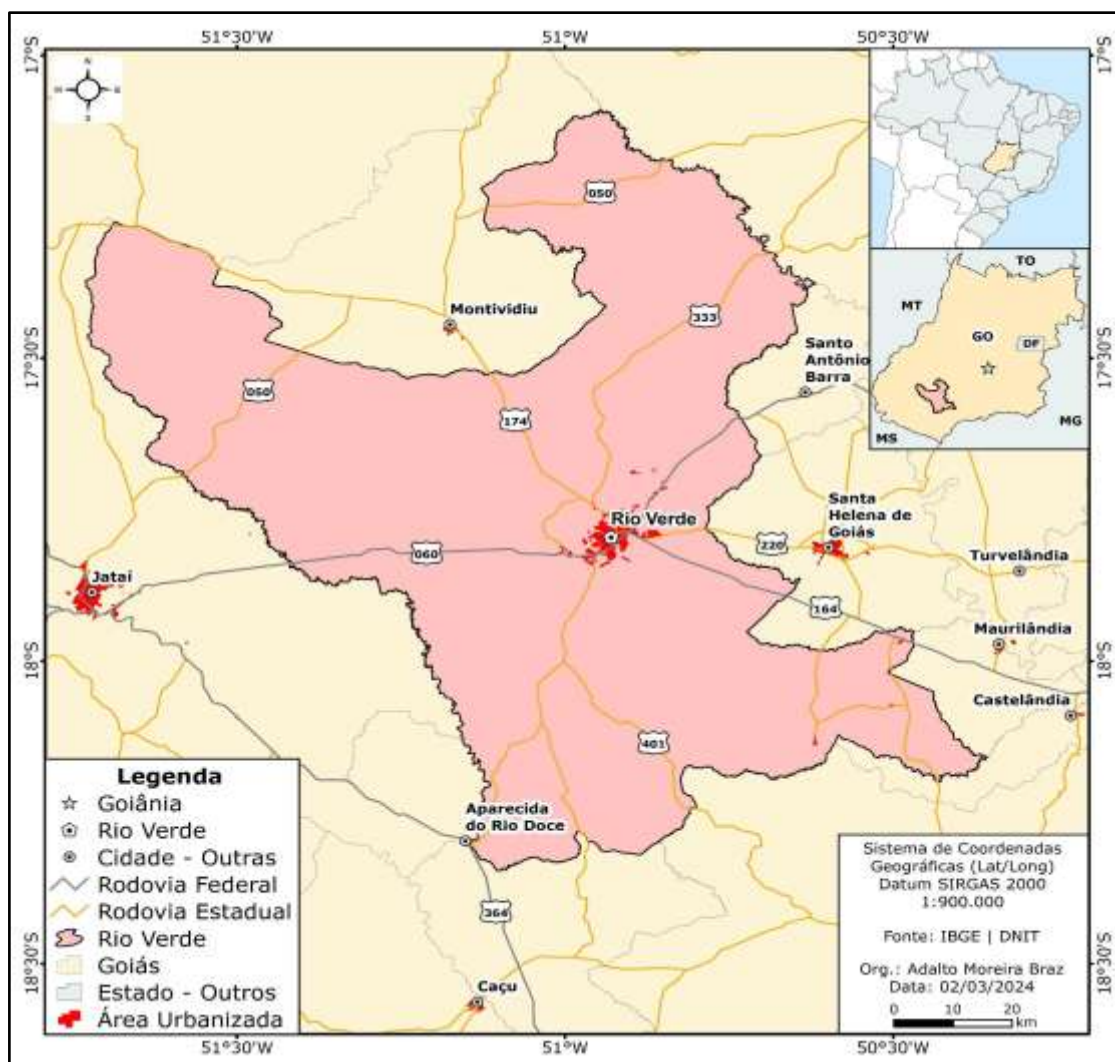
Nesse contexto, a discussão de uma segregação socioespacial dentro da cidade é essencial para entender que o HIV no interior das cidades estigmatiza sujeitos, logo estes se inserem nas estatísticas relacionadas à segregação. Outra vez demonstrando a importância desse estudo e sua imersão na cidade como *locus* principal. É nesse cenário que Silva (1997, p. 89), explica que “a cidade surge como uma das configurações mais complexas produzidas pela sociedade. O desenho urbano, revelador dessa configuração, permite visualizar totalidade ou fragmentação na estrutura da cidade”. Indicando, nesse espaço, que o sentimento de pertença, permeado pelas representações sociais, deve se configurar. Estas e outras concepções poderão colaborar para futuras pesquisas acadêmicas que envolvam o HIV como temática, pois existe uma lacuna, ausência de pesquisas científicas que insiram esse grupo como público alvo, além de sua relevância social nesse território e pelo ineditismo da temática no campo da Geografia nesta região.

No mapa 1, a seguir, pode-se observar a localização dessa cidade. Rio Verde, com 176 anos de história, está localizada na microrregião do Sudoeste Goiano. Com uma população de aproximadamente 230 mil habitantes, atua como um centro regional do Estado, embasando sua economia principalmente na atividade agropecuária. É a quarta economia goiana e a quinta do país em agronegócio. A base de sua população é formada, em sua maioria, por migrantes que,

nos últimos 25 anos, têm sido atraídos por promessas de bons salários e qualidade de vida, haja vista o avanço da fronteira agrícola na região.

Além da sua base econômica, a cidade de Rio Verde tem se destacado na região como um polo de atração para os serviços de saúde. Nesse contexto é que se insere essa pesquisa, tendo em vista o compromisso do município em oferecer testagem, prevenção e tratamento ao HIV de forma gratuita e atendendo diversos municípios que circundam o mesmo.

Mapa 1 – Rio Verde – Delimitação do Município (2024)



Fonte: IBGE/DNIT, 2024. Organizado por Adalto Moreira Braz (2024).

A abordagem foi realizada de forma espontânea no próprio SAE pelo pesquisador, com auxílio da equipe de saúde do mesmo. Esse auxílio foi importante, pois, como se trata de uma condição de saúde em que as pessoas preferem manter o anonimato, poderia ocorrer pouca adesão de voluntários disponíveis a responder a entrevista. No que tange ao quantitativo de sujeitos, foram entrevistados vinte e cinco pacientes. A escolha do público-alvo foi feita

levando em consideração alguns critérios de elegibilidade, sendo incluídos pacientes soropositivos, com idade maior que dezoito anos e em tratamento no SAE.

Nesse contexto qualitativo da pesquisa, não é o tamanho da amostra que vai determinar sua importância, e sim a qualidade dos diálogos que esses entrevistados proporcionam. Para Rego, Cunha e Meyer Jr. (2018, p. 50) “a dimensão de uma amostra também depende da qualidade do diálogo com os informantes”. Desse modo, prevendo que os diálogos serão de qualidade, esse número poderia até ser menor do que o previsto. No entanto, para esses mesmos autores, “quando os entrevistados se mostram relutantes, é porventura necessário alargar a dimensão da amostra e inquirir uma quantidade superior de participantes” (Rego; Cunha; Meyer Jr., 2018, p. 50). Caso isso ocorra, mais entrevistas poderão ser realizadas. Com isso, o número de entrevistas realizadas conseguiu suprir o proposto dos objetivos.

Além disso, buscou-se identificar quem é esse sujeito e compreendê-lo como pertencente a uma cidade/sociedade que o segrega. É nessa cidade que é construída sua identidade, partindo de suas vivências e experiências com o outro e o meio. Ademais, além de apreender como se configuraram essas vivências com um *status* sorológico positivo e suas percepções acerca do tratamento e prevenção, intentou-se projetar as perspectivas futuras desses indivíduos quanto a pertencer à cidade e ter acesso aos seus ideais societários na condição de soropositivo.

A entrevista versou questões sobre sua condição soropositiva e vivências do seu cotidiano, o acesso ao tratamento de saúde, o acesso aos espaços sociais na cidade e sua condição socioeconômica. Para uma melhor compreensão, as respostas foram transcritas e ordenadas, sendo posteriormente utilizadas em dois momentos: na análise de conteúdo e na construção de mapas, por meio de discussões teóricas embasadas no referencial teórico, de modo a espacializar esses sujeitos no espaço urbano de Rio Verde, permitindo uma discussão mais profunda sobre o HIV nesta cidade.

Nesse contexto, a Análise de Conteúdo foi utilizada como metodologia para a discussão. Proposta por Bardin (2016), essa metodologia toma como norte as três bases fundamentais propostas por essa autora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Seguindo essa linha de raciocínio acerca do conteúdo analisado, “o tratamento da informação na pesquisa geográfica, que considera o dado não rigorosamente objetivo e que precisa ser trazido a partir de diálogos, de compreensões e vivências de pessoas e grupos, espaços vividos e práticas, é uma perspectiva recente” (Heindrich, 2016, p. 16). Nessa perspectiva, Silva, Gobbi e Simão (2005) apontam a Análise de Conteúdo:

[...] Como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso. Analisada no presente estudo sob o enfoque da teoria das Representações Sociais e da teoria da Ação na perspectiva fenomenológica. O que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e a interpretação que faz dos significados a sua volta (Silva; Gobbi; Simão, 2005, p. 74).

Enquanto método, a pesquisa parte de uma perspectiva fenomenológica, entendendo-se que a fenomenologia evidencia a importância da subjetividade dos sujeitos soropositivos. Suas percepções acerca do vírus HIV e sua evolução, além das experiências em saúde ao buscar apoio e tratamento, fornecem subsídios imensuráveis para compreender o processo saúde-doenças, bem como a relação do sujeito com o meio em que está inserido. Nesse contexto, a opção por um método de pesquisa está relacionada ao caminho que o pesquisador segue para o desenvolvimento da mesma. Por isso, deve ser clara a compreensão do que seja o método. Desse modo:

Quando falamos de método, estamos falando das bases teóricas que vamos trilhar, do caminho da pesquisa que cada um e cada uma enquanto pesquisador ou pesquisadora conseguirá expor a partir de sua visão de mundo, buscando realizar uma pesquisa rigorosa e engajada, se assim optar (Alves; Mendonça; Avelar, 2014, p. 409).

Assim, há necessidade de apoiar em um método que consiga trazer à pesquisa subsídios necessários à construção de um texto teórico consistente e que gere subsídios para outras pesquisas que se pretendem utilizar o HIV como seu objeto principal. Assim, sobre a perspectiva fenomenológica, Gomes *et al.* (2008), afirma que:

A investigação fenomenológica busca compreender o que acontece com o sujeito na sua interação com o mundo, como a sua consciência é afetada pelos acontecimentos, lançando mão das descrições, dos depoimentos, dos discursos, das maneiras pelas quais são expressos os pensamentos e os sentimentos dos sujeitos. Constitui-se, com efeito, no estudo dos significados, das essências, articulados ao discurso do sujeito por meio do qual o fenômeno se revela (Gomes; *et al.*, 2008, p. 148).

Na geografia, por se tratar de uma ciência humana e social, o método se torna ainda mais importante para a integridade da pesquisa. A geografia, ao fazer o uso de qualquer método, deve sempre:

Considerar as questões epistemológicas da ciência geográfica, buscando sempre relacionar os métodos científicos e a Geografia. As categorias e os conceitos fundamentais da Geografia, como região, paisagem, lugar, território e espaço devem guiar a reflexão teórica e metodológica da pesquisa, subsidiada por um método que permita ao pesquisador a realização da práxis, ou seja, da prática realizada a partir de uma reflexão teórica. (Alves; Mendonça; Avelar, 2014, p. 409).

Desse modo, a compreensão da perspectiva fenomenológica deve ultrapassar a barreira puramente conceitual da filosofia e adentrar no campo da saúde, relacionada especialmente à promoção da saúde, que tem a humanização como um princípio essencial. Além disso, a promoção da saúde surge como fator primordial no enfrentamento de problemas de saúde. Por isso, entender o paciente e suas vivências faz parte de um processo humanizador. Assim, essa perspectiva:

Permite uma visão do fenômeno saúde não limitada às causas e aos sintomas, buscando ampliar a percepção para uma perspectiva multifacetada por diferentes fatores, de ordem econômica, política, social, psicológica e cultural. Na abordagem qualitativa, pretende-se contribuir na descoberta das necessidades dos sujeitos, para que as estratégias de promoção de saúde toquem as questões fundamentais que envolvem a saúde e contribuam para sua transformação. As práticas de promoção da saúde devem privilegiar as relações dos agentes não de forma massificada e impessoal, mas revestidas de sentido e de singularidade, inserindo-se na formulação do conhecimento e restabelecimento da saúde. O desenvolvimento de uma relação de humanização e de dignidade entre os agentes no cuidado em saúde é a atitude fenomenológica, que se caracteriza como compreensiva e interpretativa, pois considera a intersubjetividade e o respeito ao ser humano, a partir de necessidades, significados e sentidos, assim como as várias maneiras de lidar com o fenômeno saúde/doença na vida cotidiana (Gomes; *et al.*, 2008, p. 150).

Entende-se como perspectiva, e não método, o uso da fenomenologia, haja vista seu arcabouço complexo de conceito e abrangência científica. Na saúde, tem-se, “[...] a finalidade de explorar a forma como os sujeitos experimentam eventos vivenciados (Silva; Oliveira, 2018, p. 1431). Para isso, as entrevistas semiestruturadas cumpriram seu papel. Evidenciando o espaço como uma instituição social, onde ocorrem fenômenos na sociedade, comprovando sua dinamicidade, Santos (2004) já compreendia esse processo não estático, ao entender o espaço como uma instância social, refletindo sobre o seu papel deste diante da sociedade que está ali inserida:

O papel específico do espaço como estrutura da sociedade vem, entre outras razões, do fato de que as formas geográficas são duráveis e, por isso mesmo, pelas técnicas que elas encarnam e às quais dão corpo, isto é, pela sua própria existência, elas se vestem de uma finalidade que é originariamente ligada, em regras, ao modo de produção precedente ou a um dos seus momentos. Assim mesmo, o espaço como forma não tem, de modo algum, um papel fantasmagórico, pois os objetos espaciais são periodicamente revivificados pelo movimento social (Santos, 2004, p. 186-187).

Logo, é necessário compreender esse espaço como o espaço geográfico, pois é este que, ao longo do tempo, vem sofrendo a intervenção humana, fazendo com que não se torne imutável. E é essa mutabilidade do espaço que faz da geografia uma ciência dinâmica e complexa, rompendo com as concepções empíricas e estáticas às quais muitos geógrafos

consolidaram suas bases teóricas. A associação a Milton Santos é importante, pois, mesmo sendo dialético em suas pesquisas, o seu entendimento do espaço geográfico se deu a partir da experiência humana nesse espaço e de suas ações cotidianas, que moldam as suas realidades. Enquanto objeto e temática do estudo, o HIV, mesmo sendo pouco explorado nas pesquisas relacionadas à ciência geográfica, também se inserem no campo da complexidade e dinamicidade.

Desse modo, se construiu um breve Estado da Arte sobre o que já foi produzido nos programas de pós-graduação em Geografia, tanto em nível regional quanto nacional. Nesse sentido, com o quantitativo de pesquisas encontradas, é importante fazer uma reflexão em relação ao número restrito de pesquisas existentes com essa temática, sobre a importância de se pesquisar a mesma dentro da ciência geográfica e sua disseminação para a sociedade em geral.

Partindo da afirmação que a geografia, por vezes, é **limitada** enquanto temáticas mais abrangentes para a produção de conhecimento, e ainda fazer pouco uso do HIV como temática, o último tópico do capítulo 1 traz um breve estado da arte sobre o que já foi produzido na geografia com esse tema, interpretado como complexo nas ciências sociais e humanas, mas muito utilizado nas ciências da saúde. A princípio, é preciso compreender, de maneira geral, o conceito geral de Estado de Arte, que, para Ferreira (2002, p. 258) são pesquisas:

Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir uma certa produção acadêmica em diferentes campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários. Também são reconhecidas por realizarem uma metodologia de caráter inventariante e descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema que busca investigar, à luz de categorias e facetas que se caracterizam enquanto tais em cada trabalho e no conjunto deles, sob os quais o fenômeno passa a ser analisado (Ferreira, 2002, p. 258).

Outrossim, são pesquisas que têm em comum, de acordo com Fonseca (2016, p. 1203), “mapear e reconhecer a produção acadêmica em meio aos mais diferentes espaços do conhecimento”. Portanto, entendendo o estado da arte como possuidor de uma essência por vezes reflexiva, por vezes crítica. Para a geografia, o estado da arte pode exercer um papel essencial para o conhecimento no interior de suas concepções teóricas, preenchendo hiatos nesse conhecimento e propiciando a evolução dessa ciência. Como bem afirma Fonseca (2016)

Um dos principais focos desse tipo de pesquisa está na busca do conhecimento que existe a respeito de algum assunto, começando, muitas vezes por um recorte temporal específico, além de sua composição e apreciação referente ao enunciado, que além da

possibilidade de resgate, adéqua a produção acadêmica num campo realmente apropriado (Fonseca, 2016, p. 1204).

Essa ideia coaduna com o discurso de Haddad (2002), que admite a importância desse tipo de abordagem em qualquer pesquisa e sua contribuição para fomentar o conhecimento não somente geográfico, mas também para diversos campos de fundamentos teóricos e práticos. Para esse autor, os estudos em estado da arte:

[...] permitem, num recorte temporal definido, sistematizar um determinado campo de conhecimento, reconhecer os principais resultados da investigação, identificar temáticas e abordagens dominantes e emergentes, bem como lacunas e campos inexplorados abertos a pesquisas futuras (Haddad, 2002, p. 9).

Desse modo, identificar o que já foi produzido pela geografia em relação ao HIV e à AIDS é fundamental para compreender o que acontece nesse campo geográfico, fazendo com que os geógrafos e suas pesquisas possam colaborar de forma mais abrangente e expressiva para a compreensão e o embate frente aos desafios contemporâneos, do local ao global

Para esse breve estado da arte, preconizou-se a escolha por teses e dissertações na área de conhecimento da geografia que tenham discutido o HIV e a AIDS e seu vasto território de possibilidades de pesquisa. Para essa busca e construção, foi utilizado o banco de dados de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, vinculada ao Ministério da Educação do Governo Federal. Nele, fez-se uso de dois termos principais: HIV e Geografia. Ao primeiro filtro, foram encontrados cento e setenta e três dissertações e teses que abarcavam a união desses temas. Isso demonstra o quão interdisciplinar é a temática.

Mesmo com discussões importantes acerca do tema abordado, a busca por essas pesquisas priorizou o campo da geografia. Ao final, identificaram-se dez trabalhos, sendo cinco de doutorado e cinco de mestrado, confirmando a assertiva, do quanto ainda a geografia, em especial a geografia da saúde, tem que avançar em pesquisas que abordem o HIV e a AIDS e suas intersecções. No quadro 1, são apresentadas as referências desses textos:

Quadro 1 – Teses e Dissertações em geografia com a temática HIV

Teses e Dissertações em geografia que abordaram a temática do HIV e da Aids					
	Autor	Universidade	Nível	Ano de Conclusão	Título
1	Francisco de Assis Pentecado Mazetto	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Unesp – Rio Claro	Doutorado	2001	Difusão Espacial da Aids no Estado de São Paulo: Uma Proposta Metodológica em Geografia Médica
2	Paulo César Peiter	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Doutorado	2005	A geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio
3	Márcio José Ornat	Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	Doutorado	2011	Território Descontínuo e Multiterritorialidade na Prostituição Travesti através do Sul do Brasil
4	Marcio Catharin Marchetti	Universidade Estadual de Londrina – UEL	Mestrado	2011	O perfil da população e a espacialização dos casos registrados de AIDS em Londrina: uma contribuição para Geografia da Saúde
5	Danilo Rodrigues de Oliveira	Universidade de São Paulo – USP	Mestrado	2011	A dinâmica da distribuição espacial da infecção por HIV e da mortalidade por Aids no município de São Paulo de 1996 a 2007
6	Juan Ramón Velásquez Serrano	Universidade Federal de Roraima – UFRR	Mestrado	2020	Epidemia por HIV/AIDS em Roraima (Brasil) e em Honduras (2005-2015) : uma análise espacial e comparativa
7	Ramon de Oliveira Bieco Braga	Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG	Doutorado	2020	Espaço e as práticas do cuidado de si, na relação saúde/doença do corpo das travestis e mulheres transexuais em Curitiba e Ponta Grossa Paraná.
8	Mateus Pedroso Fachin	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Unesp – Presidente Prudente	Doutorado	2022	Flores e dores, vozes e vidas: contexto geográfico de mulheres e suas experiências interseccionais em Presidente Prudente, SP
9	Jeziel Silveira Silva	Universidade Federal de São João del Rei - UFSJ	Mestrado	2022	“Clique @qui para o HIV”: Formas contemporâneas de difusão do vírus no Brasil.
10	Ruan Italo de Araújo	Universidade de Brasília – UnB	Mestrado	2023	Espacialidade do HIV/AIDS no Distrito Federal: Análise dos processos saúde-doença de 2017 a 2021.

Fonte: Elaborado pelo autor (2024).

As teses e dissertações apresentadas, todavia, representam muito pouco do que a geografia pode construir ao se fazer uma abordagem, no campo da ciência geográfica, de fenômenos da saúde. Apresentam, então, a produção geográfica ainda restrita em relação ao HIV e a AIDS. Dessa forma, propor novas pesquisas que tangenciem o HIV e a AIDS fortalece

uma área da geografia que já se consolidou, mas que ainda é carente de pesquisas sobre doenças mais complexas e sua territorialização em espaços urbanos interiorizados.

A pesquisa virtual realizada no banco de teses e dissertações da CAPES contemplou apenas dez pesquisas entre mestrado e doutorado, confirmando essa lacuna existente em pesquisas com esta temática. Mais presentes em pesquisas no campo da saúde, é preciso haver uma maior divulgação de pesquisas como esta, que contribuam para um despertar acerca desse fenômeno, que se configura no espaço urbano e tem muito a contribuir para a geografia e suas interseccionalidades.

Assim, assumindo uma perspectiva de que esta pesquisa supre, mesmo que sutilmente, um pouco desta lacuna, o próximo capítulo vem abordando a história da epidemia do HIV desde seu surgimento até a atualidade, elucidando que, mesmo com um prognóstico inicial negativo, o avanço do seu tratamento e do acesso aos medicamentos gratuitos permitiu uma sobrevida maior a esses pacientes diagnosticados nos anos iniciais e, na contemporaneidade, transformou essa enfermidade em uma doença crônica.

CAPÍTULO 2 O HIV/AIDS E A PRODUÇÃO DO ESPAÇO: DO GLOBAL AO REGIONAL

Neste segundo capítulo, a partir do percurso metodológico apresentado anteriormente, é direcionado ao debate acerca dos primeiros impactos decorrentes do surgimento da epidemia de HIV no mundo e sua propagação no Brasil. Partindo dessa ótica, há o apontamento de uma discussão em relação aos primeiros tratamentos antirretrovirais, fazendo uma reflexão sobre o espaço e a territorialização da epidemia em âmbito nacional, por meio de uma análise espacial. Além disso, faz-se um breve apontamento sobre as primeiras políticas públicas e normativas fomentadas pelo Poder Público, que discutem sobre o seu papel no que tange aos infectados pelo HIV e seu tratamento. Também há inserções sobre a importância do Brasil na quebra de patentes dos tratamentos antirretrovirais – TARV, que permitiu um maior acesso dos pacientes em condições socioeconômicas desfavoráveis.

2.1 SURGE UMA DOENÇA: PRIMEIROS DIAGNÓSTICOS

No contexto histórico, as doenças foram situadas no âmbito da saúde sem avançar para outros campos do conhecimento, não havendo uma interseccionalidade entre elas. Não obstante, a saúde, em toda a sua expansão, por vezes se associou a estes campos do conhecimento, principalmente com as ciências humanas. Nesse contexto, ciências como a geografia foram se tornando indissociáveis da própria saúde, que inseriu a análise socioespacial para a compreensão das doenças em relação aos contextos cotidianos e sociais nos quais se faziam e se fazem presentes. Entre outras associações, na atualidade se utiliza principalmente dos conceitos de espaço e território para entender o processo saúde-doença e sua dimensão espacial e territorial. Factualmente, dentre as diversas conjunturas epidêmicas, elencadas na relação da saúde com a geografia surge a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* – AIDS, doença evoluída do vírus HIV.

Desconhecida no âmbito médico, a AIDS se configura nos princípios da década de 1980, sendo reconhecida em diversas localidades do mundo, quando médicos passaram a relatar o surgimento de raros casos, incomuns para o período, de infecções e cânceres identificados em jovem e pessoas com janela imunológica baixa. O não conhecimento de sua causa, tampouco a sua cura, a colocou em um cenário devastador de medo e insegurança nas sociedades globais, principalmente em territórios subdesenvolvidos como o Brasil. Foi a partir daí que, tanto o vírus

quanto a doença, começaram a chamar a atenção das organizações internacionais de saúde. No Brasil, essa notoriedade teve início nos primeiros anos da década de 1980.

Sendo uma variante do vírus da imunodeficiência simia (SIV), vírus que afeta chimpanzés e macacos, não é sabido a origem ou como surgiu o HIV. Desse modo, o seu surgimento foi associado ao contato entre o ser humano e primatas infectados com o vírus, muito possivelmente por meio do consumo da sua carne ou pelo contato humano com o sangue animal. De acordo com Almeida (2023, s/p), “essa introdução no organismo humano teria estimulado a adaptação do vírus à nossa espécie, dando origem ao HIV”. São afirmações, de acordo com esse autor, sobre as possíveis formas de transmissão do vírus do macaco para o homem. Alguns afirmam que começou a se espalhar nos anos 1930. Contudo, na visão de Forattini (1993), em seu texto, que ainda é atual, haja vista o ano em que foi escrito, para apontar a origem da AIDS:

O mecanismo, graças ao qual isso possa ter ocorrido, não está ainda esclarecido. Vários são os aspectos que demandam explicações. Em primeiro lugar, a aparente benignidade da infecção por SIV entre primatas, contrastando com a extrema virulência da AIDS humana. Em segundo lugar, e como já se mencionou, o porquê de, após milhares de anos de convivência, só agora deu-se a manifestação epidemiologicamente detectável da doença. Essas questões, ao que parece, constituem o âmago da misteriosa origem da AIDS (Forattini, 1993, p. 15).

Desde então, no decorrer das décadas posteriores ao seu aparecimento, o vírus HIV passou por diversas mutações, levando à sua adaptação e, por consequência, se disseminando entre humanos. Os primeiros casos de HIV no mundo rememoram a década de 1950 na África, especificamente na República Democrática do Congo. Nesse contexto, no que se refere ao HIV e ao seu agente etiológico:

Há que se considerar mais de um agente viral HIV, muito semelhante aos SIV, ou seja, os vírus da imunodeficiência simiana. Assim sendo, embora os primeiros óbitos atribuíveis a essa causa possam ter ocorrido nos anos 1950, acredita-se que a infecção tenha surgido nas regiões africanas central e oriental, uma vez que ali teve início sua maior frequência e onde a infecção de primatas ocorre na natureza (Forattini, 1993, p. 153).

Desde então, configurada no espaço geográfico, passou a ser inserida no campo de pesquisa de várias ciências. Na geografia, ela foi evidenciada pela geografia da saúde. No caso do HIV e a própria AIDS, é destacado, desde seu surgimento, como se converteram em temáticas que envolvem variáveis de ordem global “[...] como direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos e propriedade industrial” (Pinto; *et al.*, 2007, p. 45). Nesse sentido, o campo da geografia, em especial a geografia da saúde:

[...] apresenta várias potencialidades na abordagem em saúde, como resultado de aspectos metodológicos inerentes à ciência geográfica; o seu trunfo deriva da abordagem da dinâmica espaço-temporal e da capacidade para cartografar e analisar simultaneamente a dimensão biológica, social e espacial das doenças (Nogueira; Remoaldo, 2010, p. 143).

A AIDS ganha destaque mundial em meados da década de 1970, concomitante ao surgimento da geografia da saúde, que, de acordo com Guimarães (2015) e Barcellos, Buzai e Handschumacher (2018), se deu a partir da geografia médica originada em 1949, passando a ter *status* de geografia da saúde em 1976. Nos seus primórdios, essa doença não recebeu a atenção que merecia, e uma das causas era o público atingido pela mesma, em sua maioria homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Com isso, sendo invisibilizada e marginalizada pelo sistema de saúde norte-americano na virada da década de 1970 para 1980, com seus primeiros casos se configurando entre 1977 e 1978 (no Brasil é identificado em 1980) e identificados nas metrópoles de Los Angeles e Nova Iorque, foi catalogada nesse mesmo ano pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos.

Somente a partir daí começaram estudos para a descoberta de medicamentos e formas de tratar o que se chamava à época AIDS, tentando, no mínimo, amenizar os sintomas e diminuir o número de óbitos pela doença. Sendo uma doença crônica e incurável, levando ao enfraquecimento do sistema imunológico e se alastrando rapidamente, os relatos de transmissão do HIV e sua doença se propagaram pelo mundo, se configurando, então, em uma epidemia global. Mesmo catalogada na década de 1980, presume-se que seu surgimento tenha ocorrido anteriormente a esse período, haja vista que a AIDS era confundida com um câncer, em específico o Sarcoma de Kaposi, enfermidade associada aos homossexuais masculinos, que apresentavam manchas escura pelo corpo, ou como uma pneumonia gay, sintoma devido à baixa imunidade.

Antes de ser mundialmente difundida pelo nome de AIDS, era conhecida como *Gay Related Immune Deficiency* – GRID, que, em tradução livre, significa Imunodeficiência Relacionada a Gays ou homossexuais, levando à estigmatização desse grupo social. É sabido que a evolução do HIV não tratado na época atual é a AIDS, doença decorrente do não tratamento. Portanto, ambos são indissociáveis. Apesar do objeto de estudo ser o HIV, é necessário, em alguns momentos do texto, fazer a inserção da AIDS para que a discussão não deixe lacunas. E associar o termo em certos pontos é reconhecer a sua importância nas pesquisas que envolvem o HIV.

Nesse sentido, cabe ressaltar algumas situações históricas que determinam a inserção de uma doença em um meio específico. Para Grmek (1995a) essas situações são cinco:

1. elle existait avant sa première description mais échappait au regard médical parce qu'elle ne pouvait pas être conceptualisée comme entité nosologique; 2. elle existait mais n'a été remarqué qu'à la suite d'un changement qualitatif de ses manifestaions; 3. elle n'existait pas dans une région déterminée du monde et y a été introduite à partir d'une autre région; 4. elle n'existait dans aucune population humaine mais affectait une population animale; 5. elle est absolument nouvelle, le germe causal et/ou les conditions nécessaires du milieu n'ayant pas existe avant les premières manifestations cliniques (Grmek. 1995a, p. 10-11).²

No que tange ao HIV e, se utilizando do raciocínio de Nascimento (2005, p. 84), faz-se uma reflexão de que “com todas as mudanças sociais ocorridas ao longo do século XX, conjugadas à aquisição de altas tecnologias e ao controle ou mesmo erradicação de outras doenças infecciosas, criou-se um ecossistema favorável à emergência da AIDS”. Logo, Grmek (1995b), fazendo o uso de sua teoria da patocenose³, entende que esta doença, do modo como se apresentou, foi algo exclusivamente novo. De acordo com sua percepção:

Nada se opõe à hipótese segundo a qual cepas não-patogênicas ou pouco virulentas do HIV teriam parasitado o homem desde há muito tempo. Entretanto, mesmo que um ancestral do HIV tenha tido caráter endêmico nas populações humanas, antes da epidemia atual, o aparecimento de cepas virulentas é, com certeza, um acontecimento biológico novo (Grmek, 1995b, p. 231).

Nesse sentido, Greco (2008) também aponta para essa emergência de entender a AIDS e sua configuração nos cotidianos sociais. Para ele:

O surgimento dessa epidemia no início dos anos 1980, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, preconceito), pode servir como exemplo para o enfrentamento de outras doenças. A expectativa imodesta da possibilidade de controlar as doenças infecciosas no final do século XX veio por terra e, no caso específico da Aids, pela dificuldade de efetivar os meios preventivos comprovados (modificação de comportamento, utilização de preservativos, bancos de sangue seguros, utilização de seringas descartáveis), de desenvolver medicamentos realmente eficazes e de custo acessível e, ainda, de desenvolver e disponibilizar vacinas eficazes (Greco, 2008, p. 74).

² 1. Existia antes de sua primeira descrição, mas escapou ao olhar médico porque não poderia ser conceituado como uma entidade nosológica; 2. Existiu, mas só foi percebida após uma mudança qualitativa e/ou quantitativa em suas manifestações; 3. Não existia em uma região específica do mundo e foi introduzida de outra região; 4. Não existia em nenhuma população, mas afetou uma população animal; 5. É absolutamente novo, não existindo o germe casual e/ou as condições ambientais necessárias antes das primeiras manifestações clínicas (Grmek, 1995a, p. 10-11, tradução nossa).

³ Conceção de que há uma coexistência de todas as doenças em uma determinada hora e local da sociedade.

Por isso, surpreendeu o mundo quando as sociedades pensavam “ser capazes de controlar todas as doenças infecciosas por meio de imunização ou tratamento” (Greco, 2008, p. 74). Nessa conjuntura, a expansão da AIDS, causada pela disseminação da infecção pelo HIV, mesmo não sendo linear, envolveu diversas camadas da sociedade civil, que, frente ao desconhecimento, buscavam informações acerca dessa nova doença e como enfrentá-la. Tamanho foi seu impacto que, além de se espalhar pelo mundo afetando pessoas de todas classes sociais, etnias, gêneros e idades, também impactou significativamente as sociedades e suas economias, bem como os sistemas de saúde, que, pela ausência de tratamentos eficazes em determinadas regiões, acabaram por agravar o problema.

Mesmo atingindo diversos outros grupos sociais, especialmente as pessoas heterossexuais, por muitos anos a estigmatização de um grupo social foi em decorrente da falta de informação com que era tratada a epidemia recém configurada: homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo eram considerados disseminadores do HIV e, por consequência, da AIDS. Sobre esse estigma, Almeida e Labronici (2007, p. 265-266) apontam que “quando os estigmas são muito visíveis ou violentos, que chegam a ferir a sua dignidade, o desequilíbrio resultante na interação pode ter um efeito arrasador naquele que recebe o papel de estigmatizado”. Esse cenário de estigmatização ainda é perceptível na atualidade, haja vista que, no decorrer do tempo, foram se assimilando novos entendimentos em relação a ele. Como bem explicam essas autoras:

Acrescente-se a este conceito novos entendimentos em relação ao estigma, como sendo não apenas uma construção social da realidade que desvaloriza relacionamentos de um indivíduo perante o outro, mas, também, como processos sociais profundamente enraizados nas relações de poder e dominação, criando e reforçando as desigualdades sociais (Almeida; Labronici, 2007, p. 266).

Portanto, é fundamental depreender o papel dos diversos agentes sociais na mitigação das desigualdades provenientes do estigma social compulsoriamente imposto nos cotidianos societais, sendo necessário o implemento de políticas de saúde que atendam, mínima e satisfatoriamente, os grupos atingidos pelo HIV, principalmente no que se refere ao tratamento, tão importante para a supressão do vírus e melhora na qualidade de vida desse sujeito.

O que decorreu após o surgimento do HIV e da AIDS foi um alarmante sentimento de medo, principalmente pela classe médica, que, além de tentar descobrir causa e efeito diante de uma nova enfermidade, também entrou no processo de tentar encontrar medicamentos que amenizassem os sintomas apresentados pelos pacientes no início da epidemia. Isso, com vistas a diminuir gradualmente o índice de mortes, que aumentava progressivamente. Desde então, a

indústria farmacêutica tem tentado elaborar um medicamento capaz de eliminar o vírus do corpo humano.

Devido à capacidade de mutação do vírus, ainda não foi possível a formulação dessa medicação. No entanto, o desenvolvimento dos antirretrovirais (ARVs) tem proporcionado para as pessoas que vivem com o HIV uma sobrevida, haja vista que ter HIV e desenvolver a sua doença era sinônimo de óbito. Com os ARVs, houve maior supressão da replicação do HIV no organismo e se permitiu o prolongamento saudável da vida. Qualquer antirretroviral é essencial para a projeção de uma melhor qualidade de vida.

Nessa ótica, fazer a discussão de como o tratamento ao HIV evoluiu é importante e fundamental para compreender a evolução medicamentosa de uma determinada doença e seu agente etiológico. O primeiro fármaco utilizado no tratamento foi a zidovudina, ou como era mais conhecido, azidotimidina ou AZT, e teve um papel essencial na luta contra o HIV, auxiliando o tratamento dos pacientes, diminuindo a mortalidade e subsidiando os sistemas de saúde a partir de sua distribuição em 1987.

Desse modo, sendo um marco temporal no tratamento ao HIV, que com o passar dos anos, foi evoluindo cada vez mais, mesmo sem uma cura. Com isso, reconfigurou-se o *modus operandi* do HIV e de sua doença, a AIDS, se reconfigurando: de uma sentença de morte para uma doença crônica. Combinado a outros ARVs, o AZT maximizou seus resultados. Mesmo não sendo um medicamento específico para esse tratamento, demonstrou condições para atuar como antirretroviral, por isso, apresentou efeitos colaterais, mas se mostrou eficiente até o surgimento de outros fármacos para esse fim.

Com a evolução na produção de novos medicamentos, na atualidade são dezenas de medicamentos disponíveis para prevenção e tratamento do HIV e da AIDS. Entretanto, sua disponibilidade e acesso esteve em diversos momentos, nos pouco mais de 40 anos de experiências farmacológicas, associados a disputas jurídicas no que tange à produção e distribuição do ARV à população atingida por esse vírus. O AZT, por exemplo, um fármaco que foi desenvolvido para tratamento de câncer, se mostrou promissor no controle do HIV por ser inibidor da transcriptase reversa (inversa).

A partir do tratamento antirretroviral (TARV), instituído logo após a aprovação de seu uso em 1987, diversos outros começaram a fazer parte dessa terapia. Era uma combinação de ARVs, enfrentando o HIV em seus diferentes estágios, aumentando desse modo a eficácia deste medicamento. Em vista disso, a indústria farmacêutica mundial reuniu forças para fazer um avanço significativo em relação ao vírus e seu tratamento. Se antes um paciente com HIV fazia o uso de um coquetel de remédios, hoje ele faz a ingestão de, no máximo, três comprimidos,

suprimindo desse modo, o vírus e evitando efeitos colaterais mais graves como as doenças oportunistas. Sua terapia hoje é personalizada, de acordo com o quadro clínico e as necessidades individuais de cada PVHIV. Ainda assim, o AZT foi pioneiro e contribuiu para o tratamento do HIV, sendo um marco no combate à epidemia.

Na conjuntura apresentada, muito se tem a discutir acerca do HIV, da AIDS, seus tratamentos medicamentosos e sua evolução. É necessário um debate além da esfera médica e da saúde, e incluir a esfera econômica, onde a indústria farmacêutica é a principal personagem, haja vista que, em favor dos interesses do capital, ela tentava coibir discussões acerca da produção dos ARV e suas fórmulas, restringindo-as para seu maior lucro. Com isso, o acesso universal aos ARVs ainda é um desafio, e questões relacionadas a patentes, preços e distribuição equitativa continuam a ser discutidas para garantir que todas as PVHIV tenham acesso aos medicamentos para viverem uma vida saudável e produtiva.

Nesse sentido, o Brasil foi pioneiro e avançou nas políticas públicas de saúde que tangenciassem o HIV e suas configurações de prevenção e tratamento. Desde o processo de redemocratização consolidado pela Constituição Federal de 1988, a saúde brasileira ganhou destaque com a instituição do SUS neste documento e com sua regulamentação pela Lei de criação em 19 de setembro de 1990. Concomitante à sua criação, a propagação do vírus avançava mundo afora e, no Brasil, já era crescente o número de casos positivos e óbitos em decorrência da sua evolução para a AIDS.

Desde 1983, quando os primeiros casos foram identificados no território nacional e seu expoente crescimento, as demandas populares por tratamento e políticas públicas direcionadas à essa nova enfermidade contribuíram para uma agenda política que orientou a criação da Comissão Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, com a inserção da AIDS como uma doença de notificação compulsória a partir da Portaria Ministerial nº 542/86, culminando em 1988 como o estabelecimento do Programa Nacional de AIDS. Toda essa estruturação por parte do Governo Federal, visando à demanda social/popular, possui suas peculiaridades. Para Monteiro e Villela (2009):

Essa forma particular de concepção do Programa Nacional, considerando o contexto social e político em que foi criado e as especificidades que o têm caracterizado desde o início, aliando o caráter oficial de resposta do governo à uma questão de saúde pública e, ao mesmo tempo, expressando a capacidade que o próprio governo tem de negociar suas alternativas, propiciou a sua continuidade, apesar dos percalços políticos, e garantiu a sua visibilidade mesmo em momentos de crise (Monteiro; Villela, 2009, p. 35).

Desse modo, o compromisso do Estado em promover saúde à sua população, mais especificamente aos pacientes portadores do HIV atingidos pela AIDS, cumpriu os preceitos legais da Carta Magna em garantir direitos sociais previstos no artigo 6º. A mudança no perfil social desde o estágio inicial da epidemia fez com que as autoridades mundiais tivessem um outro olhar acerca do HIV, nos contextos regional e mundial, dando suporte a pesquisas sobre as formas de contaminação, prevenção e tratamento. É preciso entender que essa mudança começa a ocorrer quando o vírus passa a inserir outros grupos sociais, como mulheres e crianças.

Quando era associado a homossexuais e outras minorias, havia pouca disposição do poder público em investir em tratamento e prevenção para evitar sua disseminação. Logo, quando se disseminou para grupos não marginalizados, passou a receber mais atenção dos órgãos públicos e, conseqüentemente, houve maior investimento, concomitante à legislação do SUS. Nesse contexto:

Quando o fenômeno da aids surgiu em todo o mundo, no início dos anos 80, o maior impacto da epidemia foi sobre a comunidade homossexual. Nessa época, nas manchetes de jornais ou em conversas de rua, o termo mais usado para referendar a epidemia que se iniciava era “a peste” ou “o câncer” gay. Para além de todo o preconceito social, os casos de aids que tinham maior notoriedade pública invariavelmente estavam relacionados aos homossexuais, o que resultava na associação direta de toda e qualquer morte por aids com o tipo de orientação sexual (Brasil, 2002, p. 91).

Agora, o cenário de emergência em saúde não recai somente sobre grupos minoritários específicos e marginalizados, o HIV avançou para todas as classes e grupos sociais, fazendo com que as políticas públicas fundamentais para essa condição de saúde, envolvendo prevenção, tratamento, cuidado e enfrentamento da epidemia, fossem mais efetivas.

Com isso, na intenção de depreender o processo temporal de surgimento do vírus e da doença e os seus desdobramentos, o Brasil consolidou exponencialmente seu papel na luta mundial contra essa epidemia. Em relação ao TARV, seu avanço só foi possível, de acordo com Barros e Vieira-da-Silva (2017, p. 120), graças a um Espaço AIDS⁴ autônomo, permitindo “[...] que a política de controle da AIDS incorporasse o tratamento com medicamentos além das ações preventivas previstas inicialmente⁵”.

⁴ Constituiu-se como produto do encontro da trajetória de agentes de diversos campos sociais (médico, científico, político e burocrático). Um espaço específico de relações, que possibilitou a formulação de uma política para o controle da epidemia da AIDS, mas onde também estava em disputa a autoridade de falar sobre o significado da doença, suas formas de prevenção e tratamento (Barros; Vieira-da-Silva, 2016, p. 1).

⁵ Devido às políticas neoliberais presentes nesse período, as ações políticas não incluíam a distribuição de medicamentos ARV aos portadores de HIV, sendo estes de responsabilidade dos pacientes e da iniciativa privada.

Este espaço, não obstante de sofrer ingerência de diversos agentes, e a partir disso gerar vários debates, contribuiu para que se agilizasse os processos discursivos sobre os ARVs e a sua consequente distribuição. Em seu processo dinâmico, promoveu o debate em várias instâncias, que envolveu médicos, grupos militantes e sanitaristas, orientando a “[...]criação de instâncias técnico-científicas (Comitê de Vacinas, Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral, Comitê Técnico Assessor de Gestores)” (Barros; Vieira-da-Silva, 2017, p. 121).

Nessa conjuntura, identifica-se o alcance da universalidade ao tratamento antirretroviral, contribuindo para a transformação do Espaço AIDS. No entanto, ainda havia demanda para que o Estado distribuisse medicamentos aos portadores de HIV e pacientes de AIDS. Assim, houve, no âmbito político, graças às manifestações públicas, o interesse de facilitar o acesso ao TARV por meio do acesso universal. O projeto político apresentado pelo então senador José Sarney, culminando na Lei nº 9.313, aprovada em 13 de novembro de 1996, garantiu o acesso a esses medicamentos.

Outro ponto importante na luta contínua pela universalização dos fármacos para o tratamento do HIV foi a disputa em relação a uma licença compulsória que os Estados Unidos tinham com a Organização Mundial do Comércio – OMC, que priorizava este país na produção e venda do ARV. O Brasil, visando a redução dos preços, conseguiu um acordo que possibilitou a quebra de patente, por meio de uma política agressiva nas questões que envolvessem a saúde pública. Como destaca Barros e Vieira-da-Silva (2017):

Tal fato levou o País a assumir a liderança da negociação com a OMC para que o acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo *Trips*, do inglês *Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*), que estabelece padrões mínimos no âmbito do direito internacional relacionados com as patentes, inclusive de medicamentos, não fosse uma barreira para o acesso aos medicamentos, considerados uma questão de direitos humanos (Barros; Vieira-da-Silva, 2017, p. 125).

A quebra de patentes para a produção de medicamentos foi uma medida muito discutida e implementada em alguns contextos, para facilitar o acesso a um tratamento mais acessível. No contexto do HIV, foi uma discussão que findou uma exclusividade temporária e permitiu a produção e venda de versões genéricas dos medicamentos, a preços mais baixos. Por isso, essa medida sempre é defendida, uma vez que esses fármacos, sem a quebra de patentes, possuem precificação elevada, impedindo países com poucos recursos de comprarem estes, prejudicando o combate ao HIV e possibilitando o aumento da disseminação do vírus.

Graças à pressão de organizações não governamentais e de alguns setores da sociedade foi possível a distribuição de medicamentos pelo sistema público de saúde.

De fato, todo engajamento, tanto político quanto social, demonstra o comprometimento em melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas pelo HIV e outras doenças relacionadas, oportunizando o acesso gratuito aos medicamentos para seus tratamentos. A aprovação da Lei de nº 9.313 de 1996, somada à sua alteração em 2003, que incluiu as pessoas portadoras do vírus das hepatites, hepatites crônicas e com fibrose cística, maximizou o papel do Estado em garantir o direito social à saúde para sua população, em especial ao tratamento e prevenção do HIV, fortalecendo ainda mais seu sistema de saúde.

Sobre a importância dessa lei e do Programa Nacional da AIDS, observa-se como estes foram inclusivos, sendo vistos à época “[...] como exemplo de que o SUS pode dar certo, ou seja, exemplo de política integral, universal e inclusiva, que aproximou grupos minoritários como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas dos serviços de saúde” (Barros, 2018, p. 162). Isso demonstra, em um espectro mais amplo de saúde, a expansibilidade que esse campo pode alcançar quando se insere as subjetividades permeadas em suas incursões política, econômica e social.

Na generalidade, são as políticas públicas colocadas em ação que vão fazer esse controle quanto ao aumento ou diminuição da incidência dos casos de HIV, garantindo aos pacientes que procuram tratamento qualidade de vida e bem-estar. Ademais, é nesse enfrentamento contra a disseminação do vírus que se insere a luta contra os estigmas motivados pela sorologia positiva. Por isso, a necessidade de se fazer uma abordagem multidisciplinar na construção de pesquisas que visem a melhoria dos sistemas e cuidados em saúde, principalmente aqueles relacionados ao HIV. Logo, são essenciais para se construir estratégias de combate, prevenção e tratamento desse vírus, associando-se diretamente com a promoção da qualidade de vida para esses pacientes.

O HIV e a AIDS, desde seu surgimento, se inseriram em todas as camadas sociais, umas mais expressivas que outras. Mas o que chama a atenção é a variedade e diversidade dos perfis sociais das PVHIV. Por isso, a princípio, é essencial compreender que tanto vírus quanto doença não discriminam embasados em características como orientação sexual, idade, raça ou gênero, e sim as utiliza para se fazer uma análise desses perfis, em especial o status socioeconômico.

Para entender esses perfis na atualidade, é necessário observar e considerar as mudanças que foram ocorrendo ao longo do tempo, tanto demograficamente quanto socialmente, e que são influenciadas por diversos fatores como a geografia, cultura, acesso a serviços de saúde e políticas públicas, variando de uma região para outra. Nesse contexto, se coloca a questão socioeconômica como principal objeto para discussão sobre o perfil social da PVHIV, pois são essas que enfrentam os maiores desafios no acesso a tratamento e prevenção a essa infecção.

Logo, na atualidade, compreende-se o perfil social dessas pessoas como diversificado. Essa diversificação corresponde ao fato de que, ao longo de pouco mais de quarenta anos, o HIV se inseriu em diferentes grupos e classes sociais. Antes restrito a homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, hoje avançou e atinge, em sua maioria, homens e mulheres heterossexuais, além de estar situado em classes mais baixas e na população negra. Reflete, portanto, a complexidade da população nessa contemporaneidade.

Ademais, é importante lembrar que esse perfil é variável entre regiões e comunidades e que ele tende a evoluir, havendo a necessidade de uma abordagem abrangente e sensível às PVHIV em resposta à infecção, e que inclui, já repetidas vezes aqui citado, políticas públicas de saúde eficazes, educação, prevenção e tratamento acessíveis e livres de estigmas. Portanto, reconhecer a diversidade das PVHIV e absorver as necessidades específicas dessas diferentes populações, onde o estigma continua sendo um desafio significativo e a conscientização, educação e ação para combater esse mal são essenciais para apoiar as pessoas afetadas pelo vírus em todas as suas instâncias e cotidianos sociais. Com isso, promove-se qualidade de vida e bem-estar.

Umas das principais memórias quando se discute sobre o HIV, a AIDS e sua inserção nos contextos sociais são imagens de pessoas, no início da epidemia, afetadas pela infecção em estado de definhamento. Isso promovia o debate acerca da qualidade de vida – QV – das pessoas que contraíam o HIV e, por consequência, a AIDS, em um período em que os tratamentos antirretrovirais ainda estavam em teste ou nem existiam.

Nesse contexto, quando se fala em qualidade de vida, de maneira geral, é um termo que “engloba elementos essenciais para a vida” (Guterres; *et al.*, 2023, p. 07). Logo, é fundamental pensar nesses elementos: alimentação, trabalho, moradia, saúde, educação, entre outros, como essenciais para a manutenção da vida e sua qualidade.

Mesmo que essa concepção sobre a QV já tenha sido discutida ao longo desse texto, aqui, sua discussão é para evidenciar sua importância para as PVHIV e como ela é influenciada por agentes presentes e indissociáveis dos contextos sociais em que está inserida.

Para os infectados pelo HIV em sua primeira fase, foram sujeitados ao refreamento da sua QV, principalmente por já estarem enfermos pela AIDS, cujo tratamento era ineficaz. Como explica Castanha *et al.* (2007, p. 27) “a AIDS acarreta uma diversidade de sintomas dentre os quais pode-se citar os transtornos psicológicos e a deterioração da qualidade de vida”.

Desse modo, ao longo dos anos, em especial na atual conjuntura social, muitos estudos têm analisado essa QV em PVHIV, que leva em consideração as novas percepções e

perspectivas que se direcionam a esse grupo específico, e toma o termo saúde como principal fator que influencia na qualidade de vida e promoção de saúde, que para Buss *et al.* (2020):

Representa uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam as populações humanas. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida (Bus; *et al.*, 2020, p. 4725).

Portanto, a QV é indissociável, nessa estrutura, do conceito de saúde como uma ação social em benefício das PVHIV e de outros sujeitos com enfermidades em geral, envolvendo redes de apoio e suporte que advém de amigos, da família e da sociedade em geral. No entanto, mesmo como essas conexões, ainda persiste, principalmente nos contextos socioculturais e familiares:

O preconceito existente em torno da doença que faz com que os portadores se sintam culpados diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão (Castanha *et al.*, 2007, p. 28).

Esse fato só reforça que, mesmo com o avanço das políticas públicas que garantem direitos às pessoas vivendo com HIV, socialmente e culturalmente muito ainda se tem a evoluir os coletivos sociais para que se tornem uma comunidade/sociedade de fato, para que essa estigmatização e preconceito não mais exista entre os seus pares. Nessa conjuntura, o campo da saúde e seus serviços:

Assumem o papel de potencializadores da QV, visto que identificam os fatores que afetam a QV das PVHA, colaborando para o atendimento mais humanizado a estas pessoas, através de ações de cuidado que vão além do tratamento com medicamentos, consultas e exames, incluindo, também, suporte psicológico (Domingues; Oliveira; Marques, 2018, p. 8).

A responsabilidade pela qualidade de vida envolve e é influenciada por diversos fatores. Portanto, cada sujeito, sendo individual e tendo suas particularidades, concebe essa QV de maneira diferente. Para as PVHIV, é mais complexo ainda e abrange desde o acesso aos serviços de saúde ao suporte comunitário para que sua qualidade de vida seja efetivada. E, mesmo que esta tenha melhorado, ainda há desafios e preocupações a serem consideradas. Afinal, se cada pessoa é única, o cuidado e suporte especializado serão essenciais para garantir a melhor QV possível para as PVHIV.

2.2 EXPANSÃO DO VÍRUS/DOENÇA PELO MUNDO: ESPACIALIZAÇÃO E ESTIGMA SOCIAL

A expansão do HIV e da AIDS não ocorreu de forma linear, compreendendo que sua distribuição desigual foi se alternando com o avanço da mesma e inserindo determinados grupos sociais em detrimento de outros. Entender essa espacialização no contexto apresentado direciona a uma melhor compreensão do processo saúde-doença e sua dimensão no espaço. O entendimento desse raciocínio geográfico⁶ tem, em sua essência, a função de orientar a interpretação deste espaço.

Nesse contexto, manifestam-se fenômenos que precisam ser identificados e interpretados para a compreensão do espaço. Para isso, faz-se necessária a explicação de princípios como a dimensão espacial, distribuição, territorialidade e temporalidade, que tem como função avaliar, sendo possível, a partir de princípios que analisem a dimensão, que mostrem onde eles acontecem e identifiquem sua distribuição.

Para a discussão do objeto de pesquisa, utilizar a análise espacial partindo desses princípios contribui para conceber, nas sociedades atuais, especialmente em espaços urbanos como na cidade de Rio Verde, uma análise que privilegie, de fato, a explicação dos fenômenos apresentados, como a própria urbanização, cujo aumento possibilita o agravamento de problemas já existentes no espaço urbano.

Nessa ótica, é possível fazer uma análise espacial associado ao estigma social, entendendo a mudança no perfil socioeconômico no qual está associado ao HIV. A análise espacial é muito importante para depreender como está distribuída geograficamente a epidemia, na tentativa de determinar diferentes modelos, padrões e assimetrias na configuração do HIV em diferentes regiões do mundo. Parker e Camargo Jr. (2000) ao analisarem o contexto histórico do HIV e da AIDS em uma perspectiva da globalização, discorrem que:

Talvez o fator relativo ao contexto mais importante a ser tomado em conta ao buscar-se o entendimento da evolução global da epidemia de HIV/AIDS seja a transformação amplamente simultânea, também em nível global, da economia internacional – bem como uma série de transformações subsequentes nas estruturas de sociedades, comunidades e famílias. Como tem sido documentado internacionalmente, as décadas finais do século XX caracterizam-se por complexos processos de globalização e de reestruturação econômica que começam a acelerar-se, grosso modo, no início da década de 70 (por volta de 1973) (Parker; Camargo Jr., 2000, p. 92).

⁶ Aqui entendido como a capacidade de pensar espacialmente e aplicar princípios geográficos para compreender a localização, distribuição e interconexões de fenômenos na superfície terrestre.

Além disso, afirmam ainda que não é coincidência “o fato de que a pandemia global de HIV/AIDS emergiu precisamente durante o mesmo período histórico em que tais mudanças econômicas e sociais maciças tiveram (e têm tido) lugar” (Parker; Camargo Jr., 2000, p. 93). Desse modo, seguindo padrões em diferentes regiões do mundo, inseridos dentro de um específico padrão epidêmico ou epidemiológico, entendido como uma série de comportamentos semelhantes observados em uma população específica, que temporalmente se distinguiu em dois pontos distintos: o primeiro, associado ao “comportamento homossexual masculino e/ou usuários de drogas injetáveis; ” e o segundo “quando afetava, em sua maioria, as pessoas de comportamento heterossexual” (Brasil, 2002, p. 19).

Afora dos padrões pré-estabelecidos ao HIV, se faz necessário, na atualidade, promover uma discussão para além do processo saúde-doença, que abarque tanto sua espacialidade quanto os grupos sociais que, antes restritos, hoje absorvem, sem distinção, todas as pessoas, independentes de origem, classe, sexo, raça, orientação sexual ou comportamento individual. Logo, todos estão suscetíveis ao vírus e suas doenças recorrentes se não houver prevenção. A ampliação dos casos de HIV em grupos fora dos padrões epidêmicos comprova que essa enfermidade, ao longo de sua existência, modificou não somente o modo como a enxergamos, mas também os processos de vulnerabilidade a que todos estão sujeitos.

Nessa discussão, a expansão do HIV no mundo ainda é motivo de preocupação ininterrupta, processo esse que se iniciou a partir da sua identificação e classificação nas décadas de 1980 e 1990. E mesmo com a diminuição de novas infecções, ainda se configura um desafio para os sistemas de saúde global o seu enfrentamento, quando se discute a sua prevalência como uma das principais causas de mortalidade ao redor do mundo, principalmente no continente africano. Espacialmente, esse fato revela um cenário de descaso com esta região e o quanto é importante fazer uma análise espacial das áreas que possuem maior risco desse vírus se propagar e, com isso, fazer o direcionamento dos investimentos de forma igualitária e eficiente para o seu tratamento e prevenção.

Mesmo que essa expansão tenha variado de acordo com cada região e os investimentos em políticas de saúde sejam, muitas vezes, ineficientes e escassos, uma quantidade expressiva de países fez progresso em suas estratégias para diminuir o quantitativo de novos casos de HIV, a exemplo do Brasil. Em contrapartida, muitos ainda esbarram em dificuldades no controle da epidemia. Desse modo, esse enfrentamento exige abordagens que se adequem às suas realidades, com vista à criação de novas estratégias. O investimento estatal na saúde pública é essencial para responder a essa luta. Nesse contexto, é preciso fazer uma discussão acerca da epidemiologia e suas contribuições para a discussão da saúde e do HIV.

Sobre a epidemiologia, ela pode ser conceituada, de acordo com Palmeira (2000, p. 137) como um ramo da medicina que “estuda o processo saúde-doença em populações humanas, com o objetivo de prevenção e controle”. Dentre suas vertentes, destaca-se a epidemiologia social, que, dentro da discussão realizada, aponta para a identificação de determinantes sociais que colaboram para o aumento da incidência de determinadas doenças em um território. É ele que gerencia esses determinantes da saúde, essenciais para entender os diversos processos que se fazem presentes no espaço e contribuem para o fomento de ações que amenizem esse agravo. Dentre esses determinantes podemos citar a educação, a renda, a moradia, a própria saúde, o emprego, a segurança, entre outros.

Para mais, tudo que envolve a conjuntura socioeconômica vai atingir exatamente nas situações de bem-estar e qualidade de vida das populações, uma vez que podem ser maximizadas ou diminuídas as chances de serem atingidas por algum adoecimento ou de se manterem saudáveis. No cenário apresentado, é imprescindível compreender o papel da epidemiologia social, associado às políticas públicas e ao processo de territorialização da saúde, para se fazer os juízos de valor acerca do processo saúde-doença e seus determinantes. Nesse sentido, Ramos *et al.* (2016) afirmam que a epidemiologia social, também conhecida como epidemiologia crítica:

[...] tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, possibilitando a incorporação de suas experiências societárias, para a melhor compreensão de como, onde e porque se dão as desigualdades na saúde (Ramos; *et al.* 2016, p. 224).

No processo de territorialização, essas desigualdades são permeadas pelas relações de poder, estando diretamente relacionadas à dimensionalidade do território. Nesse sentido, para Gondim e Monken (2017, p. 34), acerca dessa dimensionalidade territorial, afirmam que ela condiciona “[...] a dinâmica da população e sua interação com objetos geográficos e com fluxos, o que, no âmbito da saúde, configuram determinações sociais que interferem em situações de saúde ou doença”. Nessa ótica, o modo de atuar no território, na compreensão dos determinantes de saúde em múltiplas regiões, permite o desenvolvimento de ações e interações que assimilam as necessidades específicas de cada comunidade inserida nessas regiões.

Com isso, o torna um lugar estratégico para a promoção da saúde. Nesse contexto, a territorialização da saúde converte-se em uma abordagem importante para o reconhecimento do território, identificando e racionalizando as condições de saúde de uma população ou comunidade. Junto à epidemiologia, desempenham papel indispensável para o enfrentamento

de diversas doenças e epidemias, como a epidemia do HIV, mesmo havendo desafios diante da complexidade e constante evolução do vírus e da doença.

Dessa maneira, se tornou um desafio para a epidemiologia no que tange à territorialização da saúde e às vertentes relacionadas a ela. Na tentativa de compreender como se configurou o HIV nos seus primórdios, muitos pesquisadores recorreram à epidemiologia, principalmente à social, que, de acordo com Ramos *et al.* (2016, p. 222), se preocupava “[...] em explicitar o processo saúde-doença pelos seus determinantes sociais”. Logo, a necessidade de caracterizar “[...] padrões sociais de comportamento e vulnerabilidade que identifiquem subconjuntos populacionais [...]” (Souto, 2004, p. 253). No entanto, sem levar em consideração os fatores geográficos. Isto porque, de acordo com esse autor, pode ser observado:

[...] que em um mesmo lugar podem fluir pessoas diferentes, vivendo considerações epidemiológicas desiguais, em tempos não necessariamente idênticos; ou em diferentes lugares ao mesmo tempo, pessoas semelhantes vivendo considerações epidemiológicas parecidas; ou em momentos diferentes e lugares diversos, pessoas semelhantes vivendo considerações epidemiológicas identificáveis. Certamente, isso é fruto da relação de vizinhança entre a desigualdade, característica social típica dos tempos modernos e já notada pela epidemiologia (Souto, 2004, p. 253).

Quando se faz uma análise da expansão do HIV pelo mundo, é necessário um aprofundamento acerca de sua origem. Entendendo esta, entende-se também o processo de disseminação do vírus, que intrinsecamente vem associado a diversos fatores que são indissociáveis das sociedades. O acesso aos serviços de saúde, somado aos comportamentos de risco e, por fim, a permanência de desigualdades sociais são alguns desses fatores. Portanto, no processo de construção da análise espacial em relação ao HIV, é essencial associá-la a uma análise temporal, na tentativa de entender como se deu o desenvolvimento da epidemia do HIV em diferentes panoramas sociais ao longo do tempo, na premissa de avaliar a eficácia das estratégias de saúde implementadas e que tangem o tratamento e a prevenção dessa enfermidade.

Sobre a análise espacial e suas configurações, é importante o entendimento de seu uso, principalmente no campo da saúde. O estudo de onde ocorre determinada doença ou como estão distribuídos os seus casos interessa para a epidemiologia, para a saúde e para a geografia.

O conceito de análise espacial é configurado a partir de vários aspectos que são abrangidos em sua utilização. A princípio, é preciso entender que o termo espacial decorre do espaço geográfico, este que foi concebido por meio de variadas transformações teóricas, na qual a geografia foi inserida. Logo, o espaço é reprodução em todas as suas instâncias. Para Lopes

Júnior e Santos (2010), essa reprodução é intrínseca ao espaço, onde esse processo ocorre em razão de sua produção.

Desse modo, entender a conceituação de espaço é indissociável dessa discussão. Para isso, parte-se da explicação de Santos (2006, p.63) sobre o que é espaço. Para este geógrafo, “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”.

Tendo esse conceito como base, Lopes Júnior e Santos (2010), a partir desse sistema de objetos e ações, entendem que estes “se articulam concomitantemente, de diferentes maneiras, explicitando a dinamicidade espacial” (p. 19). Para entender a espacialização dos casos de HIV e sua dinâmica na cidade de Rio Verde, se faz necessário compreender esse processo de reprodução, associada à análise espacial, e que se encaixa na concepção de Carlos (2004), onde:

A (re)produção como categoria central de análise abre a perspectiva de analisar, antes de mais nada, a vida humana pois aponta, em cada momento um determinado grau de desenvolvimento da história da humanidade, o que significa dizer que a produção se define com as características comuns em diferentes épocas; (...) Nesta direção a noção de reprodução como tendência, abre, também, como perspectiva analítica o desvendamento da realidade urbana em constituição, revelando a vida cotidiana enquanto lugar da reprodução no seu sentido amplo (Carlos, 2004, p. 22 - 23).

É nesse contexto que a análise espacial vai elucidar como ocorrem os processos de produção e reprodução do espaço, associando-os às questões de saúde, uma das abordagens realizadas neste texto. Entender que o espaço dessa análise “é sempre uma constante, um estado presente, uma vez que se concretiza em conformidade com os variados tempos históricos” (Polon, 2016, p. 87), confirmando as concepções de Carlos (2004) acerca da reprodução e corroborando como disposto por Lopes Júnior e Santos (2010), apontando que, para entender a dinâmica espacial, “[...] faz-se necessário considerar a noção de tempo, pois são justamente os processos que ocorrem na história que caracterizam as formas espaciais” (p. 109).

Outrossim, sobre a análise espacial, é sua inserção na saúde que contribui para os avanços de pesquisas epidemiológicas de todos os tipos de doenças, depreendendo suas variáveis e concepções. No que tange ao HIV, tem contribuído para entender a sua distribuição geográfica, sua influência no território e reconfigurado os serviços de saúde. Essa ideia se apoia no conceito de circulação espacial proposto por Milton Santos (2006). Essa concepção organiza e transforma o espaço, principalmente pelo uso do território, contribuindo assim para os estudos no campo da saúde que envolvem o espaço. De acordo com Santos e Peluso (2006, p. 49) esses

estudos “vêm resgatando a importância do estudo do espaço para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde”.

Por esse quadro, compreender como está a situação da saúde se faz necessário, haja vista a possibilidade de consolidar suas ações diante de entraves políticos e econômicos que, por vezes, sofrem pormenores diante da falência do Estado em suprir suas necessidades. Por isso, a análise espacial exerce papel fundamental para fortalecer a relação entre a população e seu território na produção do espaço, que para Carlos (2004):

Revela a indissociabilidade entre espaço e sociedade, na medida em que as relações sociais se materializam num território real e concreto, o que significa dizer que, ao produzir sua vida, a sociedade produz/reproduz um espaço, enquanto prática sócio-espacial. A materialização do processo é dada pela concretização das relações sociais produtoras dos lugares, esta é, a dimensão da produção/reprodução do espaço, passível de ser vista, percebida, sentida, vivida (Carlos, 2004, p. 19).

A produção desse espaço deve ser compreendida pela análise espacial e absorver as concepções de saúde para entender essa indissociabilidade. Para Barcellos *et al.* (2002), na relação do espaço com a saúde,

A análise espacial de condições de saúde pode ser um instrumento importante na avaliação do impacto de processos e estruturas sociais na determinação de eventos de saúde. A categoria espaço tem valor intrínseco na análise das relações entre saúde, sociedade e ambiente. Conhecer a estrutura e a dinâmica espacial da população é o primeiro passo para a caracterização de situações de saúde. Além disso, permite o planejamento de ações de controle e alocação de recursos. A análise espacial propicia o restabelecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre, contribuindo para o entendimento dos processos socioambientais envolvidos (Barcellos; *et al.*, 2002, p. 135).

Desse modo, diversos contextos são identificados nessa relação, inclusive fatores ambientais que podem atuar no surgimento de uma epidemia como o HIV, e de fato aconteceu, por meio do espaço e seus territórios. Com isso, entender o espaço é saber que ele, de acordo com Toro (2015):

[...] é o conceito-chave da geografia. É através dele que se dão as relações sociais e que o homem se (re)produz. Ao realizar esse movimento de reprodução da vida, o homem consequentemente produz espaço. Nesse sentido, porque produto das relações sociais, o espaço está sempre em processo de construção, é sempre devir (Toro, 2015, p. 4).

Portanto, além dessa concepção de espaço e da sua observação espacial, que compõe um conjunto de ações realizadas durante a pesquisa, quando cada etapa deve ser observada e analisada para encontrar seus resultados, levando em consideração o espaço como categoria de

síntese (Silva, 1971) é fundamental discutir os aspectos sociais diretamente combinados ao espaço onde se situam os sujeitos em situação de vulnerabilidade proporcionada pelo HIV e suas recorrências. A análise socioespacial integra fatores sociais, econômicos e geográficos para entender essa epidemia e como ela se alastra e afeta diferentes regiões e grupos sociais. Com isso, elucidando os determinantes da infecção pelo HIV, como se configura a distribuição geográfica da doença e como as desigualdades sociais influenciam a propagação e o impacto da AIDS. Sobre esse espaço, Barcellos *et al.* (2002, p. 132) discorrem sobre como este é um “[...] produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, processo que tem importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos”.

Nesta configuração, muito ainda se discute sobre como o HIV se instaurou nos Estados Unidos e, a partir dali, se expandiu de forma agressiva para o resto do mundo. Por meio de amostras sanguíneas e o sequenciamento genético dos primeiros infectados, identificou-se sua origem a partir do Haiti. Sendo este a rota do vírus, que, tendo sua origem na África, chegou às Américas a partir de trabalhadores haitianos que foram a trabalho para a África, retornaram ao seu país de origem, e já disseminando o vírus, deste ponto já em terras haitianas, migraram aos Estados Unidos, onde um novo processo de disseminação ocorreu, se alastrando ao redor mundo a partir dessa localidade. É nesse contexto, ao se inserir nos cotidianos sociais norte-americanos, onde o vírus se permeou, que ele passa a ter importância, sendo debatido em diversos campos científicos do conhecimento, na tentativa de compreender sua trajetória.

Como já apontado anteriormente, em uma linha temporal foi em 1930 que começou a se espalhar pelo continente africano. Mas como o tipo de HIV predominante naquele país teve origem no Haiti? Entre os decênios de 1960 e 1970, quando, em razão das invasões e guerras de independência, ocorreu essa circulação do agente etiológico, que chegou ao Haiti, para daí, então, fazer moradia nos EUA e se propagar agressivamente pelo mundo, principalmente Europa e os países do continente americano Central e Sul, como o Brasil. Camargo (2021), com o intuito de tentar mapear essa trajetória do HIV a partir da relação Haiti-Estados Unidos, discorre sobre uma pesquisa realizada por cientistas dos Estados Unidos, Reino Unido e Dinamarca, apontando que estes:

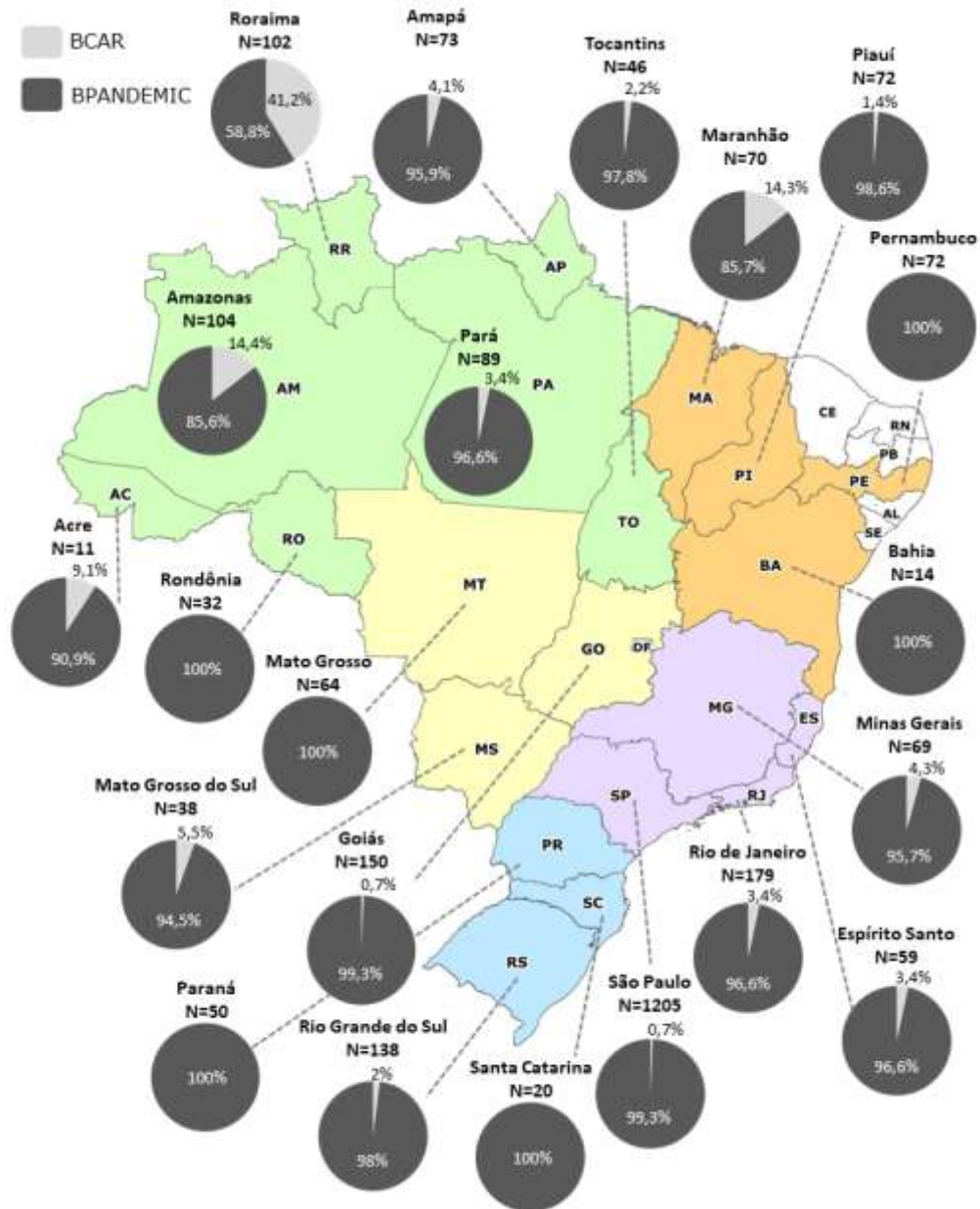
Valendo-se de uma análise de árvores genéticas virais, os cientistas diziam ter isolado os rastros genealógicos da cepa mais antiga do HIV presente no país. Essa cepa, o subtipo B do tipo M do HIV-1, teria se originado na República Democrática do Congo em algum momento da década de 1930. Sua ida ao Haiti teria resultado da volta de profissionais haitianos que trabalharam no Congo logo após a sua independência na década de 1960 – a data estimada desta viagem é 1966. A partir desse momento, as evidências sugerem que uma pessoa portadora do vírus teria migrado para os EUA por volta de 1969 (Camargo, 2021, p. 184).

Desse modo, quando evoluiu para o quadro mais grave do vírus, a AIDS, influenciou na dinâmica social das populações, como o expressivo número de óbitos devido ao restrito acesso e até falta de medicamentos para o seu tratamento. No Brasil, essa expansão inicial ficou restrita aos grandes centros e ocorreu principalmente em classes mais altas. Isso pode ser comprovado pelos dados dos primeiros anos da epidemia acerca do grau de escolaridade dos pacientes, entendendo que, à época, grau de instrução elevado presumia-se classe social mais elevada. Para Brasil (1999, p. 76), “de forma consistente, que a epidemia de AIDS no Brasil se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade”.

Essas considerações, principalmente sobre a rota do HIV, só foram possíveis graças à identificação sanguínea dos tipos de vírus e suas variantes que formam essa cadeia de acontecimentos até os dias atuais. A pesquisa científica acerca do vírus e da doença identificaram a variante B como a mais presente no mundo. Esse subtipo B do HIV1 ou o HIV-1B é a variante genética mais disseminada, que estabeleceu uma linhagem pandêmica. Nesse contexto, essa variante de linhagem caribenha (Bcar) se espalhou ao redor do mundo. Não obstante, no Brasil, em alguns estados da federação, apesar de absorverem as originárias do Caribe, a linhagem pandêmica (Bpandemic) fez permanência em sua maioria (Divino, 2017).

Como pode ser observado no mapa 2, os estados de Roraima, Acre, Amazonas e Maranhão são os que apresentam maior linhagem caribenha, enquanto nos outros estados esse valor tende a ser menor, sendo, em algumas, linhagem totalmente pandêmica.

Figura 3 – Proporção estimada das variantes B_{CAR} e B_{PADEMIC} entre indivíduos infectados pelo HIV-1 subtipo B de diferentes estados brasileiros (2017)



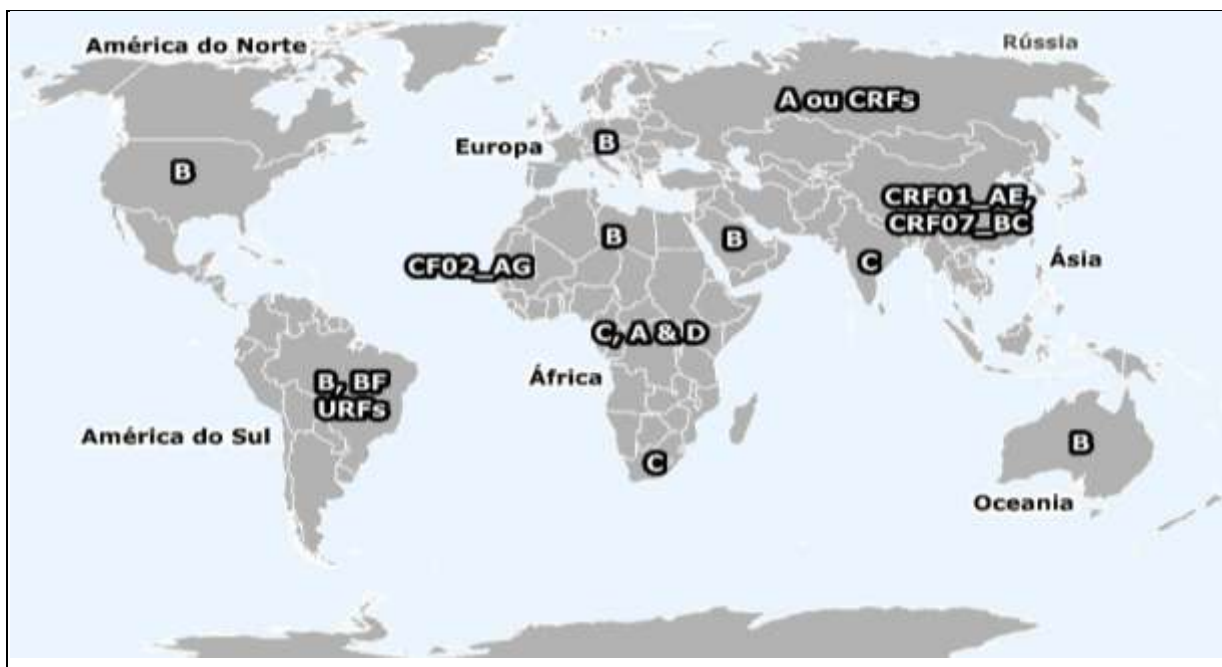
Fonte: Divino, 2017.

Como se observa no mapa acima, a maioria dos casos provém da B_{PADEMIC}, com exceção da região Norte com prevalência da B_{CAR}, possivelmente por estar situada mais próxima à região do Caribe, na América Central. A letra N indica a quantidade de sequência de variantes do HIV-1 identificadas em categorias filogenéticas. Descrevem grupos de sequências virais que têm origem e dispersão distintas (Divino, 2017).

Em outra representação cartográfica mais recente, é possível identificar, nas regiões do planeta Terra, as principais variantes predominantes em cada uma delas. A princípio, a partir dos dois tipos de HIV (1 e 2), identifica-se diversas variantes ou subtipos que são denominados

por letras. No Brasil, tem-se a predominância do subtipo B e BF, que é uma forma recombinante única (URF)⁷. No entanto, algumas regiões específicas do país, como o Rio Grande do Sul, tem apresentado a variante específica (CRF31_BC)⁸, que tem atingido principalmente mulheres e usuários de drogas injetáveis, devido a um cenário de risco, exclusão e desigualdade estrutural a que são sujeitos (Brasil, 2013). Observe a figura 4:

Figura 4 – Distribuição global das variantes do HIV - 2019



Fonte: Bbosa; Kaleebu e Ssemwanga, 2019. Adaptado por Adalto Moreira Braz (2025).

Desse modo, compreender essa expansão é fundamental para desmistificar alguns ideários discriminatórios em relação ao continente africano e ao processo histórico de configuração do HIV e da AIDS nos contextos sociais globais, que ainda insistem em estigmatizar e culpabilizar todo um território continental e grupos minoritários pela disseminação do vírus e da doença em nível global. O estigma social, não somente do continente africano, mas também das PVHIV, é um fator que colabora significativamente para a expansão do vírus. É por esse estigma social que ocorre um isolamento individual e coletivo, fazendo com que as pessoas não procurem espaços de saúde para se testarem. O medo é estimulado e, logo, não buscam a prevenção diante da possibilidade de serem diagnosticadas com o vírus,

⁷ Formas recombinantes que foram identificadas, mas cujas transmissões são desconhecidas ou não relatadas, são definidas como URF (forma recombinante única ou, do inglês, unquerecombinant form) (Brasil, 2013, p. 17).

⁸ Caso a transmissão de uma forma recombinante tenha sido documentada em mais de três indivíduos, passa a ser denominada como CRF (forma recombinante circulante, do inglês, circulating recombinant form) (Brasil, 2013, p. 17).

aumentando o risco de transmissão pelo não tratamento contra o HIV, podendo desenvolver outras enfermidades através das doenças oportunistas.

Quando se fala de estigma social, são variados os medos e anseios que podem levar ao isolamento social e ao medo de sofrerem violência física e psicológica por conta de sua sorologia. Desse modo, levando a baixa procura por tratamento, que fica limitado a barreiras que, de uma forma concreta, são invisíveis. A ausência de apoio emocional, entre tantas outras respostas ao estigma social, se apresenta como um dos grandes desafios enfrentados na luta contra o HIV e sua expansão. A ausência de conhecimento e informação acerca da transmissão e tratamento do vírus leva a uma percepção errônea de que ele é uma ameaça para a saúde pública, gerando medo e estigma em relação às PVHIV. Ademais, é associado a comportamentos considerados inaceitáveis socialmente, fomentando julgamentos morais das pessoas infectadas e culpando-as pela sua condição sorológica. Para Parker e Aggleton (2021):

Embora a gama de possíveis fontes preexistentes de estigmatização que têm sido ligadas ao HIV e à AIDS varie muito e tome formas específicas em contextos sociais e culturais diversos, é possível, de qualquer forma, com base na literatura já [...] identificar pelo menos quatro eixos ou domínios principais que parecem estar quase que universalmente presentes em todos os países e culturas na evolução de suas respostas ao HIV e à AIDS: (1) estigma em relação à sexualidade; (2) estigma em relação ao gênero; (3) estigma em relação à raça ou etnia; e (4) estigma em relação à pobreza ou à marginalização econômica (Parker; Aggleton, 2021, p. 47).

Isso acontece dentro de um território que pode ser limitado ou não, abrangendo uma ou mais esferas públicas. Quando o SUS foi instituído pela Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, regulamentou as normativas de saúde, descentralizou e deu responsabilidade aos estados e municípios, principalmente na obrigação de responder às demandas de sua população, como bem explicam Colussi e Pereira (2016). Para essas autoras:

O território, no contexto do sistema de saúde brasileiro, tem definições político-organizativas desde o seu princípio, quando a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) definiu que o município passaria a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território (Colussi; Pereira, 2016, p. 19 - 20).

Nesse processo de municipalização, é preciso pensar a utilização dos conceitos de espaço, território e saúde como indissociáveis para entender a abordagem em saúde pública no que tange ao tratamento e prevenção para as pessoas que vivem com HIV. Compreender a inter-relação desses conceitos é fundamental e precisa ser abrangente. Para essa discussão, faz-se, por conseguinte, necessário analisar as concepções desses conceitos associados à ciência geográfica e suas relações no campo da saúde.

O espaço e o território, como categorias de análise da geografia, factualmente foram resultados de discussões que ultrapassaram séculos e ainda se encontram em evolução. Comumente, o espaço refere-se à dimensão física e geográfica onde se dão os processos da saúde. Entretanto, é necessário fazer uma diferenciação do entendimento do que é espaço e o que é território, uma vez que o primeiro antecede o segundo. De acordo com Saquet (2009, p. 77), “o espaço é uma realidade relacional, envolvendo a natureza e a sociedade mediadas pelo trabalho (energia), técnicas, tecnologias e, evidentemente, pelo conhecimento”. Já o território:

É produzido por atores através da energia e da informação, ou seja, da efetivação, no espaço [...], das atividades produtivas, das representações simbólicas e das malhas. É o lugar de todas as relações, trunfo, espaço político onde há coesão, hierarquia e integração através do sistema territorial (Saquet, 2009, p. 79).

Com essa breve conceituação, é preciso entender que a necessidade de os diferenciar não os separou. Nesse sentido, “o espaço é indispensável para a apropriação e produção do território” (Saquet, 2009, p. 83). A saúde, ao prestar serviços à população em vista da vigilância, da epidemiologia e da atenção básica, se utiliza dessas ferramentas integradas ao território e ao espaço, de forma a fornecer o melhor serviço em atendimentos na saúde. Para a discussão do HIV, esses três elementos se fazem importantes ao entender que é por eles que as políticas públicas em saúde avançam. É com a constituição cidadã, em conjunto com o Programa Nacional de DST/AIDS, que se conseguiu viabilizar o tratamento gratuito aos pacientes com HIV e sua inserção no meio social sem estigmatização.

Portanto, pensado para ser territorializado, o SUS, de acordo com Faria (2020, p. 4522) “[...] convive ora com sua territorialização e ora com sua desterritorialização, e esses processos são bem visíveis na atenção básica [...]”. Sobre esses processos, ambos estão intrinsecamente ligados, um não existe sem outro e estão em relação de oposição. No entanto, têm encontrado obstáculos para se configurarem nos espaços urbanos em que estão instituídos. Relacionado à atenção básica, esses conceitos esbarram na discussão acerca de um projeto de saúde ainda em construção. Por isso, o entendimento de que essa atenção básica (ABS) é um “[...] projeto territorial inacabado” (Faria, 2020, p. 4525), estando condicionado a políticas ideológicas de concepção neoliberal, que sucateiam todo o sistema de saúde. Nesse contexto, a desterritorialização faz um papel apenas de comparação e não deve ser aplicada aos serviços de saúde.

Bissacotti, Gules e Blumke (2019) já discutiam sobre o território e sua não valorização enquanto objeto principal de ações em saúde fomentado pelo SUS. Para essas autoras, “a

dimensão territorial não foi incorporada à formulação de políticas durante o processo de descentralização em saúde na primeira década do SUS” (2019, p. 44), tornando-o frágil.

A territorialização em saúde define as áreas geográficas em que os serviços de saúde serão prestados. Nesse cenário, a atenção básica é a responsável por esse território, fazendo o cadastro e seleção de quem será atendido pelo sistema de saúde pública. Isso permitirá conhecer os grupos sociais que serão atendidos naquele território. Em um caminho inverso, não se pode falar em desterritorialização, e sim entender que os serviços de saúde prestados à população devem estar associados, ou pelo menos ter o aval do poder público para o seu funcionamento, e por isso entrando nas estatísticas anuais.

Em vista disso, a PVHIV pode escolher onde quer se tratar, se consultar e fazer seus exames, ficando condicionado a ela utilizar os serviços de saúde pública ou não, dependendo de sua situação econômica, uma vez que a distribuição de medicamento é gratuita e, por opção, o paciente pode adquiri-lo em farmácias com prescrição médica. Portanto, é no SAE que ocorrem todos trâmites a esse fim: diagnóstico, aconselhamento, tratamento e prevenção; tudo a serviço do paciente diagnosticado com o HIV. Para esses sujeitos, essa atenção básica em nível secundário oferece esse cuidado, oportunizando a todos o acesso a esse e outros serviços.

O território e sua territorialização, nessa concepção, se fazem necessários. Conhecer o paciente e seu lugar de vivência contribui para fomentar ações e políticas públicas em benefício desse grupo específico e da população ao seu redor. Para Monken e Barcellos (2005, p. 899), “o reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população”. Portanto, entende-se que é no território onde os serviços de saúde e todos os seus níveis de atenção serão consolidados. Nesse sentido:

Os sistemas de saúde se organizam sobre uma base territorial, o que significa que a distribuição espacial desses serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário” (Barcellos, 2008, p. 47).

Bem mais que conhecer essa base territorial, é necessário, em uma perspectiva socioespacial, entender como esse vírus se configurou neste território. Por isso, algumas variáveis devem ser consideradas na observação socioespacial, como as desigualdades sociais que marginalizam e vulnerabilizam as PVHIV, o acesso aos serviços de saúde, que por vezes é limitante quanto ao tratamento e prevenção, e o contexto cultural influenciando no comportamento das pessoas que se relacionam com o HIV. Essa análise é importante, pois permite observar o impacto do vírus e da doença e contribui na criação de respostas mais

efetivas contra o avanço de sua disseminação, que, mesmo com uma ampla divulgação e adesão ao tratamento, ainda é atingida pela desinformação.

Por esse contexto, vale fazer uma reflexão sobre as desigualdades que se acentuaram durante o período de transição epidemiológica e foram evidenciados pela inserção de políticas neoliberais, somado ao processo de urbanização, que aprofundou a divisão territorial do trabalho, maximizando essas desigualdades. Isso contribuiu para o discurso do território como elemento primordial nas políticas de saúde, em especial a epidemiologia, uma vez que as relações de poder fazem parte de sua discussão e teorização “[...] expressas em um campo de disputas devidamente demarcado por atores sociais” (Bezerra, 2015, p. 223). E são esses atores sociais que se apropriam do território a partir de sua territorialização. Além disso, é preciso entender que essas relações:

[...] se estabelecem por meio de trocas, de diálogos, de negociações, de pactuações ou de conflitos entre diferentes pessoas e grupos que, em dado momento, propõem implementar projetos ou intervenções para toda a população. [...] Ao produzir e apropriar-se do território, a sociedade cria regras – formais e informais – de uso e de poder para o controle e a convivência social (Gondim; Monken, 2017, p. 28)

Como explica Saquet (2007), embasando a perspectiva de Gondim e Monken (2017), “o território apropriado e construído socialmente, resultado e condição do processo de territorialização; é produto do processo de apropriação e domínio social, cotidianamente, inscrevendo-se em um campo de poder” (2007, p. 58).

Estando circunscrita no território, as relações de poder acabam por contribuir para o aumento da incidência de casos de HIV em populações ou grupos sociais mais vulneráveis social e economicamente dentro de uma dimensão territorial, por meio da marginalização e invisibilização dos mesmos. Isto porque o acesso ao tratamento ainda era restrito e possuir um poder aquisitivo maior, muitas vezes, significava mais acesso e um melhor tratamento ao vírus e à doença.

Nesse sentido, depreender o papel da epidemiologia é fundamental para analisar, nos últimos quarenta anos, a evolução do HIV e como ele, a partir de sua transição no final da década de 1980, associado à criação do Sistema único de Saúde pela constituinte de 1988, foi essencial para a compreensão da epidemia e a consequente prevenção e tratamento.

Essa epidemia, diante de um processo de transição epidemiológica e um ordenamento territorial em relação à saúde, a partir de 1988, configura o *modus operandi* no que tange às explicações acerca “[...] das tendências nos processos de adoecimento e morte das populações” (Ramos; *et al.*, 2016, p. 226). Fato esse que levou à discussão da emergência e reemergência de

doenças, especialmente as infecciosas como a AIDS, uma nova doença que alterou a maneira de entender os processos de saúde, modificando sua operacionalização, caso semelhante à epidemia de COVID-19⁹. Passou-se, então, a utilizar algumas variáveis para identificar níveis de urgências para determinadas doenças, se utilizando de alguns fatores como: “demográficos, sociais e políticos, econômicos, ambientais, desempenho do setor saúde, mudança e adaptação dos micro-organismos e manipulação de micro-organismos para o desenvolvimento de armas biológicas” (Ramos; *et al.*, 2016, p. 226).

Logo, foi preciso uma visão multidisciplinar envolvendo diversos atores/agentes, como governo, organizações de saúde e pesquisadores, no desenvolvimento de novas estratégias de prevenção e tratamento do HIV, e, a partir desta visão multidisciplinar, é que se compreende o território e suas singularidades. Nesse contexto, Bezerra (2015), aponta, que:

Após a compreensão do território, podemos avançar na perspectiva de se construir propostas de territorialização. Esse processo mostra-se um rico instrumento na prática dos programas de saúde, deve ser pensado e concebido em caráter multidisciplinar e envolver os diversos atores em distintas funções e graus de hierarquia. A concepção e difusão do conhecimento do território é o primeiro passo para a construção coletiva de caminhos sobre territorialização em saúde (Bezerra, 2015, p. 234).

Não obstante, em seu processo de configuração, a territorialização, de acordo com esse mesmo autor, é “compreendido de uma forma bastante reduzida no setor saúde” (Bezerra, 2015, p. 235). Outros autores já faziam essa discussão, como Monken (2003), apontando que essa redução é limitada “à elaboração de mapas temáticos baseados em indicadores, deixando de lado o potencial para a condução de análises, através de categorias de cunho geográfico que podem ser operacionalizadas para o processo de trabalho da vigilância em saúde” (Monken, 2003, p. 96).

Nessa ótica, é necessário entender que a utilização de mapas temáticos para a análise de situações de saúde decorre da interseccionalidade de informações e dados georreferenciados, importantes na associação com o território e que envolvem a vigilância em saúde. Nessa conjuntura, Monken (2003) afirma que:

O planejamento da vigilância em saúde pode ampliar, através da categoria território utilizado, seu campo de atuação formal sobre o espaço, que por sua vez, modifica-se conforme a dinâmica das relações sociais. Por isso, a escala geográfica-operativa para a territorialização, emerge sobretudo a partir dos espaços da vida cotidiana, compreendendo desde o domicílio (dos programas de saúde da família), áreas de

⁹ A pandemia de COVID-19, assim como a AIDS, reconfigurou a partir de 2019 todos os sistemas de saúde mundiais e seus protocolos de vigilância. Por ser letal à princípio, até o surgimento da vacina e amenização dos casos, o mundo passou por um período de confinamento (*Lockdown*) até janeiro de 2021 quando começou a vacinação em massa com a recém produzida vacina Coronavac.

abrangência (de unidades de saúde) e territórios comunitários (dos distritos sanitários e municípios (Monken, 2003, p. 42).

Contextualizando essa discussão, destacam-se os distritos sanitários e sua importância no processo de configuração dos territórios da saúde. Para Bezerra (2015), a partir da discussão dos sistemas de saúde concebida por Barcellos (2008), para a operacionalização desses distritos, é necessário “[...] a aproximação dos serviços de saúde com o território [...]” (Bezerra, 2015, p. 230). Dessa forma, a territorialização da saúde se tornou uma forma de intersecção da saúde pública com a dimensão territorial, compreendendo que determinadas condições de saúde e alguns determinantes de doenças variam de acordo com as características socioeconômicas, culturais e políticas. No contexto do HIV e da AIDS, a intenção é depreender como a epidemia se manifesta e quais fatores influenciam na sua disseminação.

No ordenamento social, em que há a intersecção da epidemiologia com o processo de territorialização da saúde no cenário em que o HIV e a AIDS estejam inseridos, essa interação é crucial para uma resposta mais efetiva e orientada às epidemias. A melhor opção, nesse contexto, é fazer uma identificação específica dos locais em que ocorre a incidência e planejar estratégias eficientes para combater essa problemática epidemiológica.

Na visão macro de um território, a promoção de saúde precisa ser incluída para a permanência da saúde pública. Nesse contexto, a demarcação de territórios da saúde acaba se tornando uma ferramenta para a identificação das necessidades voltadas para o desenvolvimento e ampliação da saúde, encontrando formas de se utilizar esse território como lugar para a sua promoção. Além disso, toma-se o espaço urbano como local de multiplicação do processo saúde-doença, maximizado pelo processo de globalização e valorização do capital, havendo a necessidade de se ter uma concepção territorial que contemple a complexidade do espaço urbano. Nesse sentido, Faria e Bortolozzi (2009) afirmam que:

A busca por uma nova abordagem territorial em saúde, que contemple múltiplos olhares, apresenta-se ainda mais necessária em escala urbana, onde tudo se torna mais complexo. Obviamente as relações sociais mais intensas, os conflitos, os fluxos e os usos diferenciados produzem territórios e territorialidades das mais variadas. Nesses territórios urbanos diferenciados, o processo saúde-doença pode ser investigado como um evento diferenciado ou particular (Faria; Bortolozzi, 2009, p. 38).

Outrossim, é compreender o território na sua relação com o espaço e a saúde, e as diversas concepções teóricas e práticas, que direcionam a uma abordagem dinâmica e igualitária a todos que buscam os sistemas de saúde. No que se relaciona ao HIV e à AIDS, esse entendimento é fundamental para garantir acesso a cuidados contínuos e integrais. Isto impacta de forma positiva a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV.

Ademais, estando inserido na atenção básica, onde o cuidado integral às PVHIV fornece assistência de forma abrangente, atendendo esses pacientes em suas necessidades física, emocional, social e psicológica. Dessa maneira disciplinar, essa abordagem proporciona uma melhor qualidade de vida, fazendo com que a adesão ao tratamento seja mais efetiva e promovendo saúde a esse grupo diverso inserido nos territórios que estão em constante configuração. Em vista disso:

A apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde. Além disso, também permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando, ou efetivamente abrindo, espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas (Santos; Rigotto, 2010, p. 389).

Dada sua relevância para os estudos da saúde, o território, associado ao espaço e a saúde, apresenta uma conexão e integração essenciais para entender os problemas de saúde, e, portanto, importante para a fomentação de políticas públicas e intervenções que melhor se adequem ao bem-estar da população. Com efeito, a territorialização da saúde é uma estratégia imprescindível para promover equidade. Para as PVHIV que dependem dos sistemas públicos de saúde, essa equidade em saúde promove, além do seu bem-estar e qualidade, o prolongamento da vida por meio do acesso gratuito ao tratamento antirretroviral.

Desse modo, os territórios da saúde devem ser compreendidos como pertencentes a um espaço, o espaço urbano, que é onde suas configurações permanecerão. Com isso, produz uma cidade de diversos lugares, com diferentes características e desigualdades em torno dos serviços de saúde.

Logo, a necessidade de se compreender o porquê da escolha por Rio Verde como a cidade selecionada para a análise espacial dos casos de HIV. Com cerca de 250 mil habitantes, Rio Verde é uma cidade dinâmica, que desde meados do decênio de 1990 foi palco de um intenso fluxo migratório (até hoje presente) em decorrência da expansão das fronteiras agrícolas no seu município e região. Transformando-a, então, em um polo econômico que abrangeu diversos setores da economia e absorveu o expressivo populacional que ali se instalou.

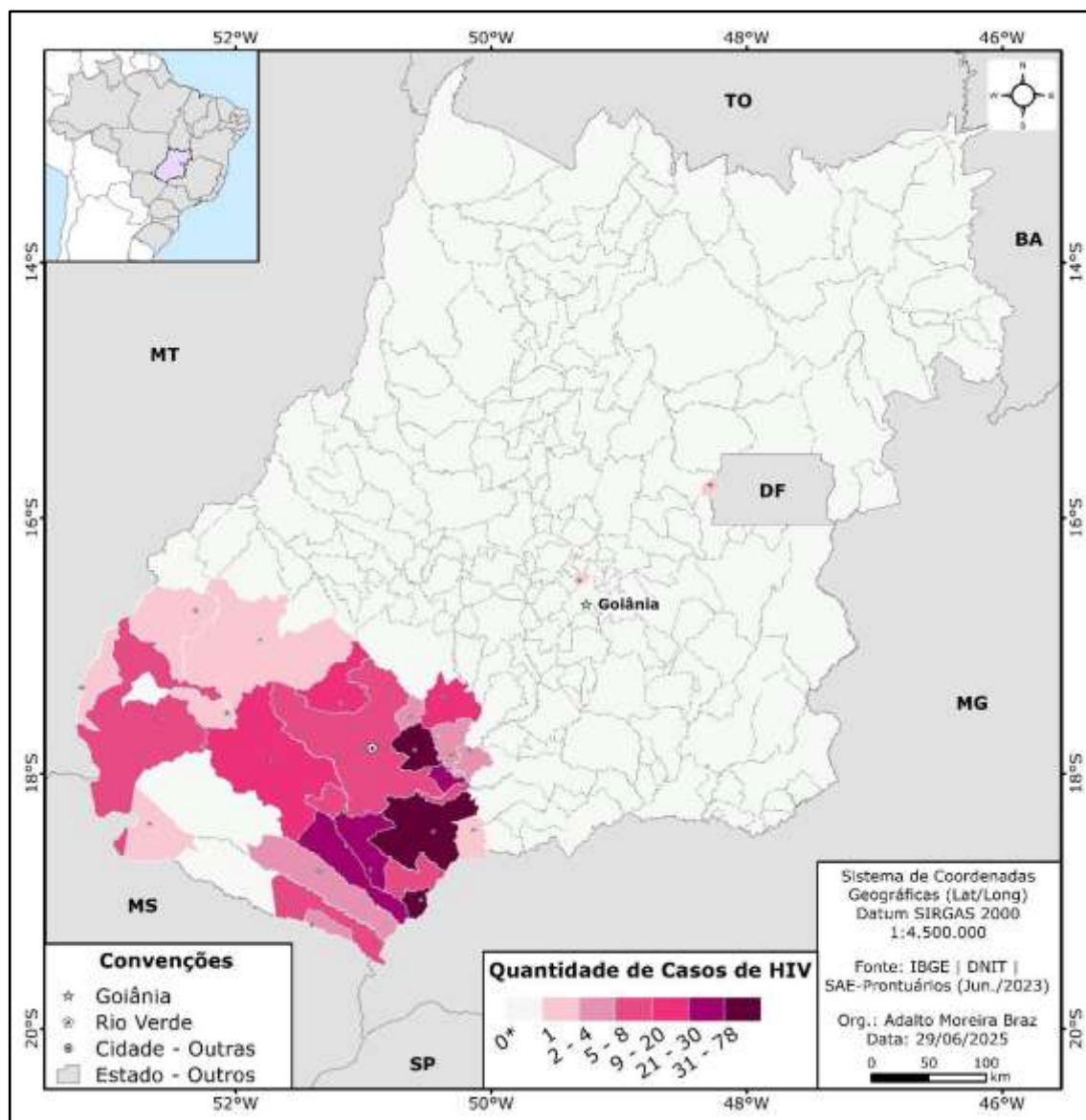
Portanto, pensar Rio Verde nessa ótica é compreender que ela absorveu muito dos fluxos migratórios em direção aos grandes centros e, com isso, teve que reconfigurar sua estrutura urbana para atender esse contingente populacional, principalmente no campo da saúde e seus serviços oferecidos. Se o ápice do seu crescimento teve início em meados dos anos 1990, quase

trinta anos depois, muito se avançou no que tange à prestação de serviços públicos à sua população.

A saúde pode ser considerada o campo que mais avançou e se destaca dentre estes serviços. Isso se comprova pelos altos investimentos feitos nos últimos vinte anos pela administração municipal na construção de três novos hospitais (um ainda por inaugurar), aumento das Unidades Básicas de Saúde – UBS abrangendo as diversas regiões da cidade, além da implantação de duas Unidades de Pronto Atendimento – UPA e uma terceira a inaugurar. Portanto, o atendimento às pessoas que vivem com HIV não poderia ser diferente, além de absorver os pacientes residentes de Rio Verde, também absorve pacientes de outras cidades vizinhas como Santa Helena de Goiás, Quirinópolis, Cachoeira Alta, Maurilândia, entre outras que a circundam, prestando atendimento integral, oferecendo serviços de testagem, aconselhamento, tratamento e prevenção ao HIV.

Com a presença do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Serviço de Assistência Especializado (SAE), sua abrangência foi maximizada, atendendo os pacientes que vivem com HIV e com outras doenças virais. Para se ter uma ideia da dimensão de sua importância nos atendimentos, basta observar o mapa 2, que demonstra a abrangência de municípios atendidos.

Mapa 2 – Municípios atendidos pelo SAE/CTA – Rio Verde¹⁰(2023)



Fonte: IBGE/DNIT – SAE, Prontuários (Jun. 2023). Organizado por Adalto Moreira Braz (2025).

Entender essa abrangência é entender que todos têm direito ao tratamento, independentemente de sua localidade. Essa situação só confirma Rio Verde como uma cidade de médio porte ao absorver pacientes de cidades menores. A imagem apresentada serve para ilustrar a sua importância com um centro urbano da sua regional. Com isso, pode oferecer, além do campo da saúde, diversas áreas exponenciais para se produzir mais pesquisas.

¹⁰ A cidade de Rio Verde no mapa está em destaque por apresentar pacientes que fazem tratamento no espaço urbano, mas não residem no seu perímetro urbano. Estão situados na zona rural e distritos da cidade.

2.3 HIV E AIDS NO BRASIL

Partindo da concepção de território proposto por Gondin e Monken (2017, p. 22), onde, no Brasil, este é “[...] delimitado, produzido pela sociedade, no qual existem múltiplos objetos geográficos (naturais e construídos), atores sociais – pessoas (indivíduos e grupos) e instituições –, relações (fluxos) e poderes diversos”, entende-se, por sua conceituação, um ponto de partida para seu estudo e estruturação no campo da saúde, em especial nas práticas de vigilância. Esta, por sua vez, relacionada à epidemiologia e suas configurações.

Com esse pressuposto, depreende-se as intersecções promovidas entre os diversos campos de atuação na prevenção e no tratamento ao HIV. A priori, pensar o território com origem nas discussões sobre o HIV é válido. A análise territorial foi um dos motores para se identificar como se configurou a epidemia da AIDS em seus primórdios. Uma segunda análise diz respeito aos grupos sociais atingidos pela epidemia, seguido pelas formas de infecção, tratamento e prevenção.

O Brasil, por ser um dos países mais afetados¹¹ pela disseminação mundial do vírus HIV, tem feito altos investimentos, por parte do poder público, na prevenção do mesmo. Para isso, investe em campanhas publicitárias que atingem todas as classes sociais, mesmo que as discrepâncias e desigualdades ainda sejam visíveis, alcançam a massa, na distribuição de camisinhas masculinas e femininas ininterrupta (basta ir em um posto de saúde) e também, mais recentemente, avançou nos tratamentos pela Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP)¹², que contribuíram para a diminuição das contaminações pelo HIV. Graças à inserção do território nas análises espaciais das estratégias de saúde, que reconfigurou a epidemiologia no final da década de 1980.

Hoje, o Programa Nacional de DST/AIDS é mundialmente conhecido principalmente pela distribuição gratuita dos medicamentos para tratamento antirretroviral contra o HIV, desde que faça periodicamente os exames obrigatórios. Por isso, é preciso promover ações para que

¹¹ Esse cenário se construiu pela existências e combinação de diversos fatores: inicialmente pela doação e transfusão de sangue infectados, a vulnerabilidade de determinados grupos sociais, a falta de informação, a ausência de uma educação sexual, as desigualdades regionais e ao estigma e discriminação que levou muitas pessoas a não buscarem tratamento.

¹² A PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e a PEP (Profilaxia Pós-Exposição) são considerados medicamentos anti-HIV, ou seja, previnem contra uma possível infecção por esse vírus. De acordo com os protocolos estabelecido pelo Ministério da Saúde, a PrEP é tomada antes de uma exposição de risco e por um período indefinido ou até quando o paciente deseje, sendo necessário consultas e exames prévios, enquanto a PEP é tomada em caráter de urgência após uma situação de risco e por apenas 28 dias para dirimir o risco de infecção, e pode ser encontrada em postos de saúde ou locais específicos como o Serviço de Assistência Especializado – SAE.

esse paciente não desista do tratamento, principalmente no que tange aos estigmas sociais a que estão expostos apenas por serem soropositivos. Não somente por ele, mas por outros fatores que são influenciados, de acordo com Mandu *et al.* (2022, p. 7), “[...] por comportamentos individuais e pelo modo como os serviços de saúde estão organizados”.

Nos mais de quarenta anos do surgimento do HIV e da AIDS, o Brasil tem cumprido seu papel social de subsidiar a população atingida por essa enfermidade. E mesmo com o aumento expressivo nos últimos anos, os desafios para o sistema público de saúde têm sido superados. Com isso, o *status* do HIV tem permanecido crônico. Isso é decorrente da evolução dos tratamentos antirretrovirais. Como bem descreve o Brasil (2017):

Com o tratamento hoje disponível no SUS, viver com o HIV mudou. Podemos considerar a infecção pelo HIV como uma doença crônica, que pode ser controlada. O tratamento é muito importante e deve ser levado a sério. Caso ele não seja feito de forma adequada, a infecção pelo HIV pode progredir para a AIDS. Para um tratamento eficaz, a pessoa precisa estar em constante acompanhamento com os profissionais de saúde e realizar exames periódicos, que permitam monitorar o estado de saúde e direcionar o tratamento da melhor forma (Brasil, 2017, p. 30).

Nesse contexto, o principal fato que contribuiu para esse quadro foi a criação do SUS. De acordo com Brasil (1990), o SUS se apresenta como um sistema público, embasado na descentralização, hierarquização e regionalização da atenção básica de saúde a partir do território. Desse modo, para Faria (2020):

A atenção básica (ABS) é o único nível da atenção que estará presente em todo o território nacional e através dela, das pactuações intermunicipais e dos sistemas regionais, as pessoas poderão acessar os demais níveis do cuidado, assim designados secundário e terciário. Portanto, todo o projeto territorial do SUS depende da constituição de uma base que deve funcionar como porta de entrada e centro de comando do sistema (Faria, 2020, p. 4522).

Essa contextualização de Faria (2020) é essencial para entender a importância do processo de territorialização da atenção básica de saúde, mesmo que a agenda política tenha reduzido seu papel social. Portanto, fazer uma análise acerca da luta contra o HIV é entender a sua relação com o período em que foi promulgada a Constituição Federal em 1988, o período de redemocratização do Estado brasileiro e a criação do SUS nesta normativa.

Entendida como concentrada, no Brasil, a epidemia do HIV, assim como se apresentou em grande parte dos países, também foi associada a grupos específicos, o que levou à marginalização e estigmatização destes. Logo, com a expansão da epidemia pelo território brasileiro, essa prevalência se modificou, reconfigurando o perfil epidemiológico. Passando, então, a ser marcado por processos de “[...] heterossexualização, da feminização, da

interiorização e da pauperização (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001, p. 208) que ainda se mantém. Essa reconfiguração foi possível graças à:

“[...] difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte do interior do País, ao aumento da transmissão heterossexual e ao persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis (UDI)” (Brito; Castilho; Szwarcwald, 2001, p. 208).

Com o avanço do conhecimento acerca do HIV e o investimento maciço na produção do medicamento para o seu tratamento, a sobrevivência dos pacientes soropositivos tem aumentado. Isso foi possível graças aos ARVs. Nesse contexto, de acordo com Zuber, Müller e Borges (2021, p. 9), “com a oferta e evolução dos ARVs utilizados no tratamento da AIDS, verifica-se que o curso da doença começou a ser modificada em todos os contextos, sobretudo com resultado positivo para a sobrevivência”. É preciso ter ciência que essa sobrevivência vem associada a algumas variáveis como gênero, raça, idade, grau de instrução e principalmente a idade do diagnóstico. Desse modo, o conhecimento mais aprofundado do vírus e da doença permitiu que sua configuração inicial fosse alterada.

Não obstante, para Brito, Castilho e Szwarcwald (2001, p. 13), “com desfecho letal rápido nos primeiros casos descritos, a doença assumiu caráter crônico, tendo atualmente evolução prolongada, onde longos períodos assintomáticos são interrompidos pelo surgimento de infecções oportunistas”. Essas últimas só evoluem caso o paciente não faça tratamento correto e contínuo com os ARVs. Por esse cenário, nos últimos anos identificou-se um número crescente de pessoas soropositivas que abandonaram seus tratamentos, influenciados principalmente por concepções e crenças que questionam a eficácia das vacinas em geral, e acabou respingando no contexto que envolve o HIV, afetando seu tratamento e abrindo caminho para o desenvolvimento da AIDS e de outras doenças oportunistas. Para Almeida, Ribeiro e Bastos (2022):

Atualmente, no Brasil, a ascensão de um governo moralista-conservador tem implementado mudanças preocupantes na agenda política governamental, com a perda de autonomia do Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais, rebaixado a “Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis”, retirando a AIDS do centro do debate. Entretanto, o impacto mais profundo é no financiamento do programa de DST/AIDS, devido às modificações no orçamento original, em decorrência da incorporação em um orçamento conjunto que abrange diversas doenças crônicas transmissíveis (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2022, p. 838).

Esses autores apontam para uma discussão que coloca a AIDS dentro de um subsistema, estando associado a um sistema de crenças que pode desenvolver um papel significativo na

forma como essa doença é percebida, abordada e tratada, influenciando nas ações relativas à prevenção, testagem, tratamento, estigma e discriminação tangenciados ao vírus e à doença. Portanto, nesse subsistema da AIDS, gerenciado por fatores endógenos e exógenos, ambos associados a uma esfera política, são as políticas públicas que dinamizam o mesmo, contribuindo para diminuição de novos casos levando ao *status* de doença crônica. Mesmo com a reconfiguração da agenda governamental desde 2018, influenciada, de acordo com Almeida, Ribeiro e Bastos (2022, p. 846), por uma:

[...] onda conservadora vigente no Brasil, caracterizada pelo “discurso de ódio”, pela falta de diálogo com a sociedade em questões de gênero, sexualidade e prevenção, justificada pelo resgate da família tradicional, os ataques governamentais às organizações da sociedade civil e o desmonte do SUS (Almeida; Ribeiro; Bastos, 2022, p. 846).

Em tempos de crise, o enfrentamento às ameaças de desmonte da saúde, em especial à Política Nacional de DST/AIDS, se faz necessário, uma vez que ainda permanece um pensamento conservador, insistente em propagar falácias acerca das vacinas e do tratamento de outras doenças, como AIDS, embasado em discursos religiosos e conservadores¹³. É preciso ter ciência da realidade inserida no contexto societal atual e reconhecer que a mudança só ocorre quando se tem atores sociais “[...]comprometidos com a cidadania e a justiça social, ao mesmo tempo, um olhar agudo sobre a construção técnica, política e social da resposta brasileira ao HIV e sobre as singularidades da conjuntura atual” (Agostini; *et al.*, 2019, p. 4602 - 4603).

¹³ Essa onda conservadora durou até o ano de 2022 quando houve a mudança de governo. No entanto, a base oposicionista do governo ainda insiste em questões ideológicas para tentar políticas públicas direcionadas à prevenção e tratamento ao HIV.

CAPÍTULO 3 NOVOS OLHARES SOBRE O HIV E A AIDS: PERSPECTIVAS NA/PARA A CONTEMPORANEIDADE

O terceiro capítulo traz e faz uma discussão, até a contemporaneidade, de como o vírus e a doença se configuraram com o avanço tecnológico e as novas formas de prevenção e tratamento atribuídos a ambos. Logo, foram feitas incursões acerca de como o HIV e a AIDS foram representados visualmente em campanhas publicitárias e nos veículos de comunicação, como o ativismo, os Direitos Humanos e a Cidadania ativa contribuíram para a diminuição do estigma direcionado para as pessoas vivendo com HIV e da própria doença em si. Identificando se houve ou não avanços nas políticas públicas, principalmente no que tange aos novos tratamentos de prevenção como a PEP e PrEP, entendendo o novo status sorológico de indetectável e, por fim, fazendo a relação da mudança no perfil social das pessoas que seguem vivendo como o HIV e as influências na qualidade de vida das mesmas.

3.1 VISUALIDADES DO HIV E DA AIDS AO LONGO DA HISTÓRIA

Os primeiros casos noticiados sobre a recém-surgida doença, a AIDS, mostravam os pacientes em estado de debilidade relacionado à baixa imunidade, que, entre tantos sintomas e efeitos, deixava o corpo humano a pele e osso, somado às manchas escuras advindas do Sarcoma de Kaposi. Ao observar tais imagens, é de se espantar como essa doença – tratada como um câncer gay à priori – provocou caos e medo em uma sociedade que se via protegida embaixo de uma camada conservadora, social e religiosa, e agora tinha que enfrentar anseios e medos a partir de uma nova enfermidade que surgia.

Desde seu surgimento, tanto as medidas de tratamento quanto de prevenção foram se desenvolvendo, permitindo hoje que qualquer portador do vírus consiga viver “normalmente” e tenha prolongado sua vida. O que muda a sua posição em sociedade, não sendo obrigado a divulgar seu estado sorológico, evitando sua estigmatização. É nessa discussão imagética, associada ao portador do HIV, que as visualidades estão/são inseridas.

Na geografia, para entendê-la como uma ciência visual (sendo esse um, de variados espectros aos quais está inserida), no seu uso de imagens para a construção do conhecimento geográfico, as visualidades servem como um elemento de comunicação visual. Nesse contexto, o entendimento de que a visualidade (o visual) já vem sendo utilizado pela geografia há algum tempo é importante. Como afirma Driver (2013, p. 208), explicando que “o visual tem sido, na

verdade, esquadrihado por geógrafos e outros interessados na história e nas formas do conhecimento geográfico”.

Um exemplo de como ela é utilizada são os mapas, que, apresentados neste texto, servem como comunicação social para entender onde se situam os casos de HIV e sua relação com o espaço urbano. Assim como outras visualidades, eles são usados para “[...] representar o conhecimento geográfico” (Freitas; Almeida, 2014, p. 140). Nessa trajetória, de acordo com Ribeiro (2022):

Depreende-se que o processo de interpretação das representações decorre da visualização e o termo visualização remete a um ato da cognição. Essa dinâmica da visualização envolve o aprimoramento na interatividade ofertada por diversos elementos, sendo eles a forma, a cor, a escala, entre outros elementos presentes no signo (Ribeiro, 2022, p. 1694).

Corrêa (2011, p. 16), ao analisar as contribuições de Denis Cosgrove (geógrafo cultural inglês), no que tange à paisagem e às imagens para o pensamento geográfico, dá suporte a esta discussão, ao compreender que as imagens (no sentido daquilo que é visual, visto) são “textos a serem decodificados [...] a partir de sua visão de mundo, para a qual a imaginação desempenha papel crucial, constrói representações sobre um dado aspecto da realidade”.

Desse modo, compreende-se que a comunicação social está intrinsecamente relacionada à forma como se enxerga o mundo e suas relações sociais e cotidianas. Na perspectiva do HIV e da AIDS, fez e ainda faz diferença no *modus operandi* de se observar e fomentar discursos sociais acerca do vírus e da doença a partir de suas visualidades na contemporaneidade.

Entender o termo visualidade como algo que é visível, que tem visibilidade, podendo ser uma imagem mental ou algo representado materialmente, e mantendo uma relação nessa discussão com a geografia e o HIV, é relevante, haja vista que, desde a eclosão da epidemia entre as décadas de 1970 e 1980, maximizada na década de 1990, produziram visualidades potentes, ao mostrar os doentes da AIDS em estado de debilidade avançada, que ficaram marcadas na memória do coletivo mundial e, por vezes, são rememoradas com ou sem intencionalidade.

Não se resumindo a imagens, as visualidades, de acordo com Marques e Campos (2017, p. 5), estão inseridas em “[...] uma dimensão fundamental da nossa vida e da forma como nos relacionamos com o mundo e com os outros, [...] um processo social”, e esse apontamento como um processo social (que podem ser de forma associativa ou dissociativa) reverbera na geografia, uma vez que ele pode ser compreendido, ou o é de fato, como as várias formas que os sujeitos

se relacionam com os seus pares, estabelecendo assim as habituais e conhecidas relações sociais.

Outrossim, estando situados em diversos estratos da sociedade, os processos sociais podem ser inclusivos e/ou excludentes, como é o caso das PVHIV, e que precisam omitir, mesmo não sendo obrigados por lei, seu estado sorológico para assim evitar qualquer forma de estigmatização, preconceito ou discriminação. Além disso, as imagens associadas factualmente contribuíram para esse cenário de estigmas relacionados ao HIV e à AIDS. Mesmo na geografia, sendo utilizada como uma metodologia para promover o conhecimento geográfico, ressignificando seu papel, para a conjuntura apresentada essas imagens vão muito além do que apenas construir uma metodologia.

Para além de uma metodologia, a imagem auxilia na discussão das visualidades que o HIV e a AIDS já proporcionaram e como as novas visualidades contribuem, no que tange ao espaço urbano, para que se promova um novo ideário que rompa o processo de estigmatização da PVHIV em razão das visualidades projetadas historicamente. Para Novaes (2011, p. 17), é importante, nessa perspectiva em que a imagem gera desconforto, “[...] destacar a necessidade de se discutir cuidadosamente as formas de apropriação das imagens na difusão do conhecimento”. Pela ótica do desconforto, muito já foi dito, explicado, debatido e mesmo assim ainda não se chegou a um consenso acerca da imagem e do seu uso indiscriminado para gerar mais estigmas em relação ao HIV. Para Souza (2018):

Diversas imagens foram e são construídas cotidianamente sobre o HIV/AIDS, as quais se relacionam com metáforas associadas à epidemia. Primeiro vincula-se o HIV ao grupo de risco, notadamente os homossexuais, inscrevendo-os na metáfora nomeada de peste gay ou câncer gay, marcada por um sentimento de culpa individual, autodepreciação e autoestigmatização. Em seguida, outra imagem é disseminada, ao voltar-se para os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e hemofílicos, instalando-os, conjuntamente com os homossexuais, na categoria de grupo de risco. A disseminação em escala planetária e para além da noção de grupo de risco e da ideia de comportamento de risco, faz emergir metáforas outras sobre o HIV/AIDS, como uma praga, de responsabilidade individual, extrapolando o círculo de uma epidemia biológica, configurando-se como um fenômeno social global (Souza, 2018, p. 54).

Dessa forma, é necessário reconfigurar as percepções imagéticas e visuais acerca do HIV e também da AIDS. Pensar, nesse contexto, politicamente, se faz necessário para compreender tanto os processos sociais quanto as representações que as visualidades deixaram de legado para o cenário atual. Quando observado na atualidade, os símbolos visuais configurados ao longo de mais de quatro décadas, o laço vermelho é a maior expressão de representatividade e visualidade. Depois dele, as cores variaram e criaram um círculo de solidariedade, expandindo seus significados e ganhando mais representação e adeptos. Teve

inspiração no laço amarelo, que era usado para honrar os soldados americanos que participaram da Guerra do Golfo.

Figura 5 – Laço Vermelho – Símbolo mundial de luta contra a AIDS



Fonte: Google imagens, 2025.

O projeto do laço vermelho foi criado em 1991 e interpretado como um ato de solidariedade e comprometimento na luta, a princípio contra a AIDS e posteriormente contra o HIV. Sua simbologia foi fomentada para homenagear as pessoas que haviam morrido ou que estavam no estágio final desta doença. O grupo responsável pela sua criação, o Visual Aids¹⁴, objetivou a conscientização das pessoas em geral para as formas de transmissão do HIV e a necessidade de prevenção. O vermelho faz alusão ao sangue e à concepção ideal de paixão (Souza, 2020).

Ademais, as visualidades vão além de símbolos representativos, mas também se referem às formas como essas pessoas são representadas a partir das suas representações e relações sociais. Sendo a comunidade LGBTQIAPN+ estigmatizada e discriminada nos primórdios da epidemia, criou-se um imaginário na sociedade de que pessoas heterossexuais estavam imunes ao vírus e à doença. Logo, a estrutura de representação social do paciente portador do HIV marginalizou essa comunidade e a privou dos direitos sociais básicos.

Em vista disso, com o início da década de 1990 e o acesso aos tratamentos antirretrovirais, colocaram o Brasil em destaque no combate ao HIV e à AIDS. Mesmo assim, as representações sociais das PVHIV ainda continuam marginalizadas e estigmatizadas. Desse modo, “uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos e coletivamente produzida, sendo o resultado da atividade cognitiva e simbólica de

¹⁴ Grupo de profissionais de arte, de New York, que queriam homenagear amigos e colegas que haviam morrido ou estavam morrendo de AIDS.

um grupo social” (Antunes; Camargo; Bousfield, 2014, p. 44). Com essa concepção, depreende-se que, a partir do momento da exposição de uma ideia, de uma imagem a um coletivo social, essas visualidades passam a permear o imaginário social, proporcionando variadas interpretações do que está sendo observado.

No que tange ao HIV e, portanto, à AIDS, é possível rememorar a famosa capa da revista *Veja*, debatida em diversos trabalhos científicos, que mostrou o já falecido cantor Cazusa na fase aguda da AIDS, o que provocou comoção na sociedade brasileira, levando a entender essa doença como o fim da vida para quem a contraísse e aumentando cada vez mais a estigmatização e marginalização que a mesma provocou na sociedade. Azevêdo (2018) fez o uso das imagens apresentadas abaixo em seu texto para discutir, segundo ele, “como a temática do HIV emerge e como é significada a experiência da soropositividade” (2018, p. 1). Logo, fazendo um comparativo para entender o HIV em determinado tempo-espaço (Azevêdo, 2018). Observe a figura:

Figura 6 – Capa da Revista Veja, abril/1989



Fonte: Revista Veja, ed. 1077, 26 Abr. 1989.

Ao observar a imagem, um cantor conhecido nacionalmente em um estágio avançado de magreza em decorrência da AIDS e não demonstrando saúde, é possível perceber o porquê de se estigmatizar e discriminar as PVHIV. Nesse contexto:

O caráter inevitável da morte por AIDS foi um dos temas mais repetidos na imprensa, caracterizando um senso comum, difuso e ambíguo, obviamente estigmatizante sobre a síndrome. A AIDS era considerada uma “doença 100% fatal”, “traíçoeira”, uma “batalha inútil contra a morte”. Assim, metáforas de crime e condenação moral eram associadas à AIDS. Muitas vezes, o “portador de AIDS” era considerado uma pessoa “condenada à morte” (Valle, 2017, p. 83).

Por outro lado, com o avanço dos tratamentos e dos ARV's, a qualidade de vida das PVHIV melhorou, levando-os a viver de forma saudável, sem a imagem cadavérica e mórbida muitas vezes associada a esse grupo em específico, o que levou a uma reconfiguração social, sem, no entanto, deixar de existir o preconceito e a discriminação das mesmas. Na contemporaneidade, outras revistas abordaram essa temática, e o que se identifica é a forma diferenciada de se retratar um paciente sorologicamente positivo. A figura 07, capa da revista Galileu, mostra o cantor Gabriel Estrela, conhecido como Gaê, portador do vírus HIV, com uma aparência saudável e reafirmando seu *status* sorológico, muito diferente do que seria mostrado anos atrás.

Figura 7 – Capa da Revista Galileu, nº 313



Fonte: Revista Galileu, ed. 313, Ago. 2017.

A partir dessas duas imagens, compreende-se que as representações direcionadas por essas visualidades, em tempos diferentes, são resultados de práticas sociais em suas concepções discriminatórias e do preconceito às PVHIV e também “são consequências da concepção que perpetua as representações sobre a AIDS, vista como decorrência de uma transgressão das

regras sociais” (Antunes; Camargo; Bousfield, 2014, p. 45). O entendimento dessa transgressão se reflete no simples fato de não se cumprir leis e normativas que foram instituídas para proteger as pessoas que vivem com o HIV.

Nessa perpetuação, incluem-se os símbolos e ícones, as campanhas publicitárias e educacionais, histórias pessoais, campanhas de prevenção e tratamento, conferências e eventos científicos e de conscientização, representações da mídia, arte e cultura, entre outros. Todos incluídos em uma visão estereotipada, ou seja, carregada de estereótipos que culminam com representações sociais estigmatizadas. Para Antunes, Camargo e Bousfield (2014, p. 45), esses estereótipos exercem função de “[...] introduzir simplicidade e ordem onde existe complexidade, por meio da classificação de pessoas e grupos em categorias diversas, sendo frequentemente compartilhados socialmente.”

Se Azevêdo (2018) se utiliza de dimensões (mirada, visualidade e imagem) para construir sua discussão em uma perspectiva da comunicação, para a geografia, a representação do HIV deve ser entendida como multifacetada e abranger diversos aspectos: sociais, políticos, culturais e geográficos da epidemia. Desse modo, envolvendo então a disseminação geográfica, pois a epidemia não afetou todas as regiões do mundo a priori, passando por questões de acesso, tratamento e prevenção, elucidando sobre as desigualdades nos serviços de saúde, inserindo o processo de migração que influenciou diretamente a sua expansão, os recursos investidos que se diferem nas diversas regiões do mundo e, por fim, o processo de resiliência frente à discriminação e ao preconceito proporcionado por tais representações.

Logo, essa representação deve ser entendida no e pelo espaço, que, para Gil Filho (2003, p. 3), “refere-se a uma instância da experiência da espacialidade originária na contextualização do sujeito [...] que perpassa o espaço visível e nos projeta no mundo”. Desse modo, entende-se que há uma associação da política social do sujeito no espaço, que o leva a compreender as suas relações com o que é ali representado e materializado. Nesse sentido, “a representação social surge a partir do momento que ocorre a inter-relação entre sujeito e objeto” (Araújo; Reis Junior, 2012, p. 89). Afinal, um vai agir sobre o outro, constituindo-se mutuamente nessa inter-relação e configurando a sua existência.

3.2 ATIVISMO, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA ATIVA

Pensar a discussão do HIV exige associá-lo a uma perspectiva social-geográfica¹⁵, pois esta direciona a uma camada de conceitos que se inserem na narrativa acerca das pessoas que vivem com HIV e dos direitos conquistados ao longo de mais de 40 anos de epidemia, principalmente por meio do ativismo, subsidiado pelos Direitos Humanos e pela efetivação de sua cidadania, que, de forma recorrente, ainda continua sendo negada a uma parcela significativa da sociedade. Para alguns portadores de doenças estigmatizadas, como a AIDS, esse cenário é ainda mais expressivo.

Diante do exposto, é preciso discutir como o ativismo social contribuiu para que essa parcela da população que vive com HIV tivesse seu reconhecimento como cidadã, bem como o papel dos Direitos Humanos nesse processo, entendendo o que é cidadania ativa e sua importância para a consolidação e reconhecimento das PVHIV como parte da sociedade.

Geograficamente, são aspectos intrínsecos a essa ciência: o ativismo como forma de conquista do espaço; os Direitos Humanos como forma de pertencimento na sociedade, fortalecendo a democracia e a dignidade humana; e a cidadania como forma de preservação da vida, sendo construída coletivamente por meio de direitos. A geografia elucida esse quadro histórico de apagamento dos direitos sociais mínimos, em especial aos portadores do vírus HIV, aos doentes da AIDS e a outras enfermidades estigmatizantes.

Na concepção da palavra *ativismo*, a ação é intrínseca. Com isso, pode-se compreendê-lo como uma forma de defender opiniões e pessoas, geralmente envolvendo questões sociais e políticas. Nesse pensamento, e adentrando o campo da saúde, é possível afirmar que o HIV e a AIDS, historicamente, se inseriram em um cenário de ativismo amplamente ativo, ou seja, quando houve o seu aparecimento e o impacto causado nas sociedades, tratava-se de um período de reconfiguração política no país, com o fim da ditadura e a luta pelo voto direto, atualmente consolidado nas organizações autônomas que lutam pelos direitos das PVHIV. Nesse contexto, de acordo com Cartaxo (2021, p. 227) “a ideia de ativismo se torna especialmente relevante para se compreender quadros de certas políticas públicas”. Políticas essas que fomentam a justiça social¹⁶, que busca igualdade e equidade na acessibilidade aos direitos e serviços básicos do cidadão.

Desse modo, quando se utiliza a questão do acesso a serviços para essa discussão, entende-se também a distribuição de recursos como propulsora desse acesso. Logo, a ciência geográfica exerce papel fundamental, associado ao ativismo, influenciando questões sociais,

¹⁵ Essa perspectiva discute os aspectos sociais, associados aos conhecimentos geográficos.

¹⁶ Conceito muito discutido pela filósofa norte-americana Nancy Fraser e diz respeito à redistribuição socioeconômica, reconhecimento cultural e dimensão política.

políticas e ambientais, o que conduz a um debate sobre justiça espacial, diretamente relacionada ao processo de apropriação pelo modelo capitalista hegemônico, que oprime e marginaliza o que está fora da ordem normativa. Nesse sentido, para Ribeiro (2017, p. 154), “a justiça espacial está diretamente associada à valorização espacial”. Portanto, o ativismo, ao se inserir em determinados espaços, sejam eles públicos ou privados, estará sujeito a intervenções, mesmo tendo consciência de que esses espaços devem ser tratados para o bem comum de todos. No entanto, o observado na realidade difere da teoria.

Somado ao processo de globalização, a hegemonia do capital sobre os espaços sociais reconfigura as ações humanas que tangenciam as lutas por direitos. Como afirmam Farias e Dimenstein (2006, p. 171), ao discorrerem sobre como a globalização “criou e fortaleceu a sociedade mundial de controle e sua influência sobre a produção de subjetividade”, esse processo fortalece as relações de poder sobre grupos socialmente vulneráveis, marginalizando-os. Foi assim com o HIV e a AIDS, é assim com qualquer questão ou problemática que surja e afete diretamente a ordem pré-estabelecida para constituir uma sociedade que atenda a esse modelo.

A ciência geográfica, nesse sentido, tem papel atuante na consolidação dessa justiça social. Pois, além de consolidar, exerce também o papel de promover, a partir de debates políticos e sociais, uma divisão igualitária dos recursos disponíveis, que deve ser pensada pelos princípios da equidade, da disponibilidade de oportunidades e da facilidade de acesso aos serviços básicos, com destaque para a saúde, estabelecidos em uma região ou cidade. Afinal, a justiça social se faz, a priori, com a diminuição das desigualdades sociais e, por conseguinte, com investimentos nas diversas áreas sociais, como educação e saúde.

Desenvolve também um papel essencial em questões que são consideradas alvo (como os Direitos Humanos, o meio ambiente e outras) no que se relaciona ao ativismo, fornecendo um contexto social aos aspectos geográficos que afetam e reconfiguram diretamente a vida das pessoas em seus enfrentamentos cotidianos. Diante disso, uma conscientização acerca dessas questões, tendo em vista remodelações espaciais em nível local, regional e nacional, é fundamental. Mesmo que a própria geografia não tenha uma afinidade mais profunda com os ativismos sociais, é possível uma análise geográfica desses ativismos por meio da espacialidade da ação social (Rodrigues, 2015).

Quanto ao HIV e à complexidade da sua relação com a geografia, o ativismo vem abrangendo várias dimensões que precisam ser elucidadas na discussão apresentada. Partindo da epidemiologia, o ativismo vem se utilizando da geografia para entender como se deu a disseminação do vírus e como isso motivou as disparidades geográficas acerca das taxas de

infecção (prevalência e incidência). Além disso, promoveu o acesso aos tratamentos antirretrovirais e aos cuidados de saúde, maximizando a qualidade de vida das PVHIV. Nas populações de risco, visou proteger os doentes, proporcionar e oportunizar atendimentos de saúde a partir das necessidades geográficas.

No contexto apresentado, identifica-se uma malha global de assistência que, a partir do local, passando pelo regional e alcançando o nacional, abrange diversos marcos situacionais, como a pesquisa e a distribuição de recursos, entre outros, como apoio à PVHIV. Esse apoio é originado por meio de projetos e ações que visam ao tratamento e à prevenção do vírus, proporcionando, ao fim, a interação da geografia com os ativismos sociais. Nessa conjuntura, compreende-se vantajosa essa relação. Hodiernamente, ao analisar esses dois campos de pesquisa e suas associações, principalmente com a geografia histórica, Rodrigues (2015) aponta essa vantagem ao afirmar que essa:

Relação nos coloca a possibilidade de outra forma de se compreender o processo de formação do território e da produção social do espaço. É disso que se trata. Outro olhar, outra forma de se produzir conhecimento crítico que parte da ação dos ativismos e de suas territorialidades (Rodrigues, 2015, p. 243 - 244).

Diante do exposto, e o papel fundamental exercido pelo ativismo no que tange à conscientização acerca do HIV, sua disseminação, sua forma de contágio e prevenção, é importante mudanças significativas, principalmente onde envolvem as políticas públicas, para que, de fato, diminua a estigmatização e proporcione direito às pessoas que vivem e convivem como o HIV. Nesse sentido, Rodrigues (2015) concebe um esclarecimento de como se constitui a relação do ativismo junto à geografia. Para ele, essa relação se constituiu a partir:

“[...] da ação concreta de homens e mulheres para compreender a produção do espaço-tempo social a partir de um recorte específico, que são os ativismos sociais, o que significa dizer que a centralidade da análise está na dinâmica dos conflitos e lutas que constituem a dinâmica da sociedade, portanto, do próprio processo de formação territorial (Rodrigues, 2015, p. 244).

Logo, entender essa centralidade é importante, haja vista que é uma dinâmica que envolve diversos atores, e essa própria dinamicidade não pode excluir nenhum deles para que se faça uma análise mais profunda das relações e resultados que surjam das suas ações. Desse modo:

É fundamental ressaltar que tal centralidade da ação não significa negligenciar ou marginalizar outros sujeitos e agentes sociais, como o Estado e as classes dominantes; significa colocar como princípio de análise os conflitos e as contradições sociais em estado vivo, latente. Trata-se, portanto, de atribuir aos ativismos um protagonismo

que nem sempre foi devidamente valorizado e incorporado à Geografia (Rodrigues, 2015, p. 244).

Com a estigmatização das pessoas que vivem com HIV, houve a necessidade de lutar por mais direitos e consolidá-los nos contextos sociais em que esse vírus e sua doença fazem vítimas cotidianamente pelo simples e puro preconceito. Assim, os Direitos Humanos são fundamentais nessa luta contra atos discriminatórios e em defesa dos grupos vulneráveis, em especial os portadores do vírus.

Os Direitos Humanos – DH desempenharam um papel fundamental no que tange ao HIV e à AIDS. Com a permanência da epidemia, impulsionou-se os ativismos políticos na luta contra a mesma, inserindo, no panorama social vigente, a discussão sobre saúde e direitos a partir da Constituição Cidadã de 1988. Sendo um direito de todos, essa discussão acerca da saúde, de acordo com Miranda (2008, p. 13), “foi ampliado para incorporar, além de aspectos curativos e preventivos, questões relacionadas à promoção. Nesse conceito, a saúde é entendida tanto como ausência de doenças como estando relacionada às condições e modos de vida de uma população”.

A conquista desses direitos vem permeada pela ação de políticas públicas que são conquistadas por meio de movimentos sociais coordenados e direcionados por organizações distintas. A partir dos DH, essas políticas se legitimam, pois garantem o acesso ao tratamento e cuidados de saúde adequados, reduzem os estigmas e a discriminação e promovem, com mais eficácia, uma resposta ao HIV e também à AIDS.

Afinal, “a AIDS nos obrigou a olhar para tudo aquilo que a sociedade brasileira insistentemente recusava ver: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, a falência do sistema de saúde, a incoerência da justiça, a fragilidade das relações pessoais, etc” (Miranda, 2008, p. 17). Fica estabelecida, então, essa relação entre o HIV, a AIDS e os DH, que, de acordo com essa autora, “implica compreender o processo de pauperização da epidemia e combater esse tipo de exclusão social, que é de natureza econômica e social” (Miranda, 2008, p. 17). Processo este que já era compreendido por Barcellos e Bastos (1996), em meados do decênio de 1990, ao identificar tendências da então epidemia de AIDS. Para esses autores, essa epidemia se apresentava:

[...] fortemente diferenciada segundo critérios geográficos, com taxas de incidência e prevalência da AIDS bastante distintas, tanto no que tange a macrorregiões e estados como em nível dos seus municípios e cidades. Dada a heterogeneidade da distribuição de atividades socioeconômicas, as marcadas desigualdades sociais, a complexidade do quadro epidemiológico, além da extensão geográfica e diversidade regional, poder-se-ia dizer que, de fato, haveria um sem-número de epidemias microrregionais no

Brasil, em interação permanente, devido ao intenso fluxo de deslocamentos de mão de obra, transporte de cargas ou migrações (Barcellos; Bastos, 1996, p. 14).

Nesse contexto, então, se insere a geografia visando conscientizar o cidadão, por meio do senso crítico, sobre a sua realidade socioespacial a partir de uma perspectiva dos DH. Esta, por sua vez, abrange várias dimensões, desde as desigualdades de acesso ao tratamento e cuidados de saúde em diferentes localidades, com os ativistas e os Direitos Humanos lutando para garantir esse acesso, até às diferenças socioculturais que fomentem desigualdades e são enfrentadas por ativismos sociais em favor das PVHIV, promovendo uma sociedade mais inclusiva, independente da sua localização geográfica.

Ademais, quando a geografia está inserida na discussão sobre o HIV, a AIDS e os DH, é indissociável discutir sobre a mobilidade, principalmente no que está relacionado à migração e o direito de ir e vir de uma PVHIV. Dependendo do local para onde se vai ou se vive, o acesso aos serviços de saúde, bem como questões relacionadas aos DH, lhe é negado ou ausente, fazendo com que o paciente seja privado de um tratamento justo, podendo ser proibida sua entrada em alguns países e até mesmo ser deportado apenas por ser portador do vírus HIV. De acordo com UNAIDS (2019):

A testagem de HIV obrigatória e as proibições de entrada, permanência e residência com base no estado sorológico para o HIV não protegem a saúde pública e ainda prejudicam os esforços de prevenção e tratamento do HIV. Para milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, estas frequentes violações ao direito de privacidade, igualdade e não discriminação são lembretes constantes do estigma relacionado ao HIV (Unaid, 2019, *online*).

Existem regras que alguns países exigem para as PVHIV. Segundo a UNAIDS, baseada em dados de 2019, são duzentos e três países, territórios e áreas que não possuem restrições específicas relacionadas ao HIV para entrada, permanência ou residência, dezoito países, territórios e áreas que impõem alguma forma de restrição de entrada, permanência ou residência de pessoas vivendo com HIV, baseados em estado sorológico, onze países, territórios e áreas que proíbem a permanência de curta e/ou longa duração com base no estado sorológico para o HIV, e países, territórios e áreas que exigem testes de HIV ou a divulgação do estado sorológico para alguns tipos de autorizações de entrada, estudo, trabalho e/ou residência, dezenove países que deportam estrangeiros com base no estado sorológico para o HIV, países, territórios e áreas que proíbem a permanência de curta e/ou longa duração com base no status de HIV, e, por fim, países, territórios e áreas que exigem testes de HIV ou a divulgação do estado sorológico para alguns tipos de autorizações de entrada, estudo, trabalho e/ou residência (Unaid, 2019).

Todos seguem 7 regras específicas: testes de HIV necessários para autorizações de trabalho; testes de HIV necessários para autorizações de estudo; testagem ou revelação do HIV exigidas para certas licenças ou entrada com duração inferior a 90 dias; testes de HIV necessários para autorizações de residência (para estadias superiores a 90 dias); proibição da entrada e permanência por menos de 90 dias com base no estado sorológico de HIV; autorizações de residência negadas (para estadias superiores a 90 dias) com base no estado sorológico de HIV; estrangeiros vivendo com HIV são deportados com base no estado sorológico.

Observe a figura 8, dos países que se utilizam destas métricas para proibir a entrada de pessoas que vivem com HIV em seus territórios, maximizando, dessa maneira, a estigmatização desses sujeitos.

Figura 8: Testagem de HIV obrigatória e as proibições de entrada, permanência e residência com base no estado sorológico para o HIV



Fonte: UNAIDS, 2019. Adaptado e organizado por Gabryella Peres Mota e Barros (2024).

Portanto, os princípios de não discriminação e igualdade são fundamentais no contexto do HIV, e, por consequência, da AIDS. As PVHIV não devem ser discriminadas com base em seu *status* sorológico ou qualquer outra característica pessoal/individual, o que acaba minimizando a violência estrutural imposta compulsoriamente ao longo de suas permanências nos cotidianos sociais e que pode comprometer psicossocialmente os indivíduos expostos a essa violência. Como afirma Pascual (2008, p. 29), uma violência “exercida indiretamente sobre o indivíduo, o influencia de tal forma a tolhê-lo de todo seu potencial de desenvolvimento. O HIV não se instala apenas no organismo humano; ele influencia todas as relações sociais do indivíduo soropositivo”. Dessa maneira, sua jornada de reconhecimento é árdua, uma vez que o diagnóstico de HIV o coloca em um cenário de invisibilização e marginalização historicamente construídos:

Aos olhos dos outros, o portador do vírus da AIDS ainda parece ser visto como um pecador sendo punido por uma vida desregrada; e a partir do momento que uma pessoa se revela portadora do HIV, logo têm início os julgamentos sobre sua sexualidade ou mesmo seu modo de viver, no mínimo pecaminoso, contrário às “regras” de boa convivência (Pascual, 2008, p. 29).

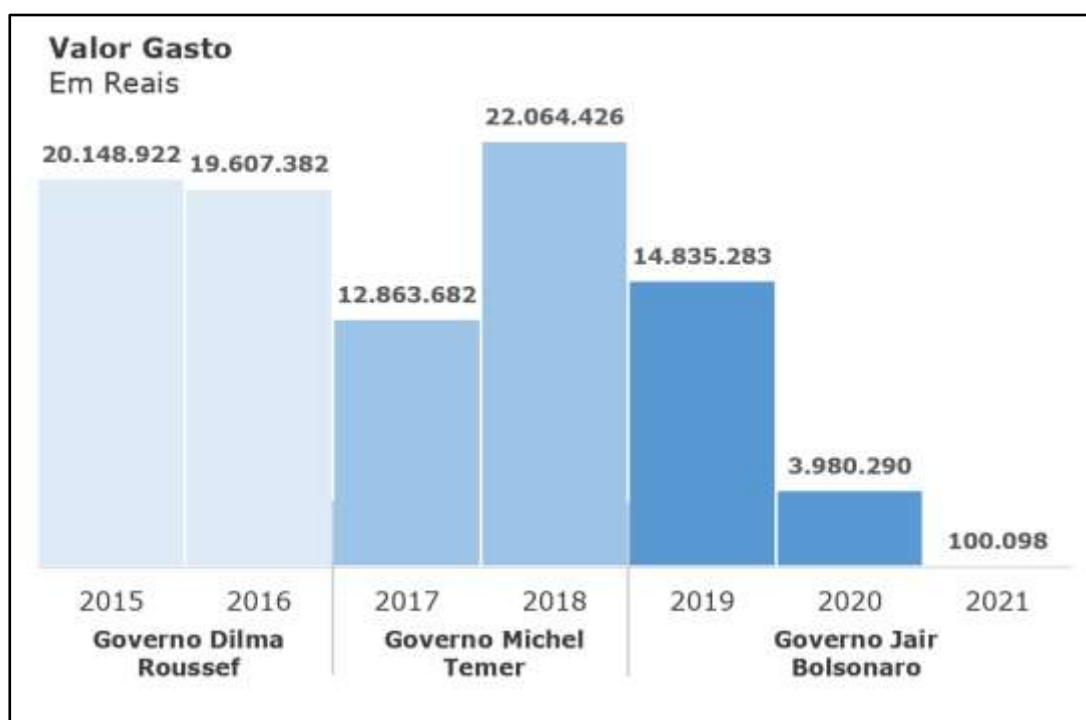
Para que se rompa com esse imaginário imposto, é preciso garantir que os Direitos Humanos sejam respeitados. Bem mais que DH, direitos de fato para as PVHIV e aqueles que o circundam. Pensar no HIV, mesmo com todas as prerrogativas e normativas em favor dessa discussão, ainda é algo complexo para a saúde pública e a justiça social. Logo, todas as inserções realizadas com base nos DH não apenas ajudam a prevenir a disseminação do vírus, mas, também, promovem equidade, igualdade, dignidade e respeito às pessoas afetadas pelo HIV.

Na intersecção do ativismo com os Direitos Humanos, surge, no debate proposto, a ideia de cidadania como um conceito para entender a relação do portador do vírus HIV com o seu meio e sua busca por direitos em um cenário cada vez mais excludente.

O exercício da democracia, associado à conquista de direitos, forma o cidadão. Contudo, a retirada desses direitos tem atingido, de maneiras diferenciadas, os grupos sociais da população brasileira, colocando em debate algumas leis específicas, como a Lei nº 9.313 de 1996, que garante a distribuição gratuita de remédios para tratamento do HIV. Todo paciente, por força de lei, tem direito ao tratamento gratuito. No contexto hodierno, com o conservadorismo social ganhando espaço, as políticas públicas direcionadas a esse grupo têm recebido duras críticas sem embasamento, haja vista que a saúde é um direito social de todos, inclusive de quem vive com HIV.

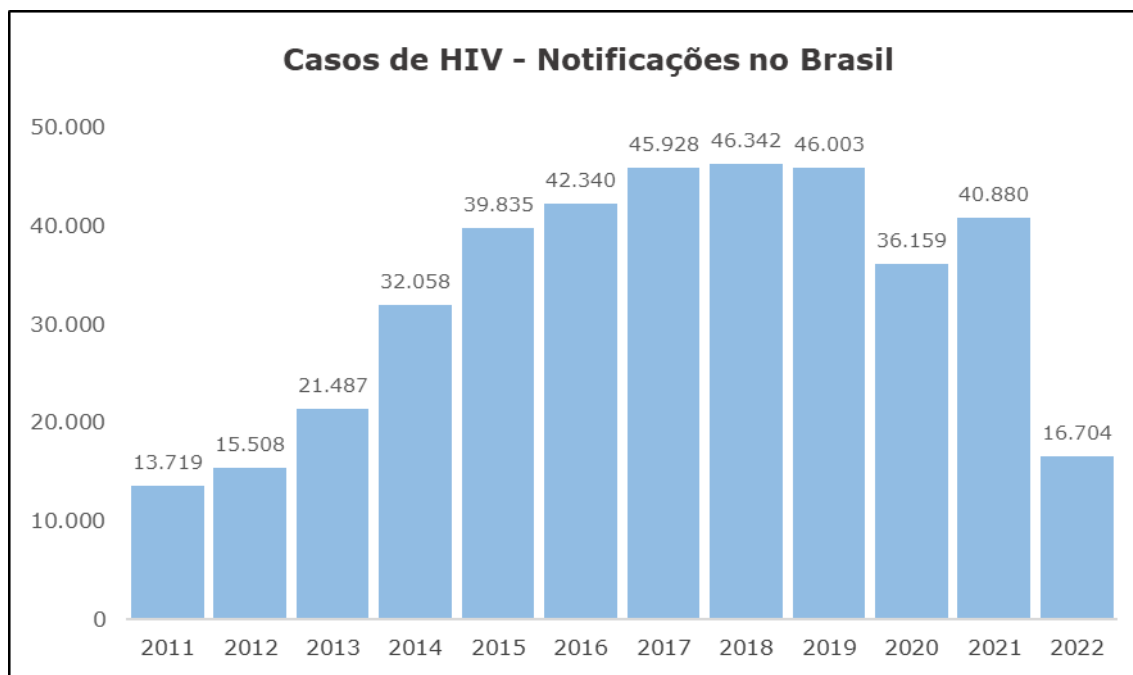
Na contramão desse cenário, o conservadorismo social tem pregado, a partir de um viés religioso e intolerante, a abstinência de sexo como uma forma de se evitar o aumento dos casos de HIV e outras ISTs. Subentende-se, dessa afirmação, que a PVHIV vem causando prejuízo à sociedade. Discurso esse que é falacioso quando se observam os investimentos do poder público em outras áreas da saúde. É possível entender essa situação ao observar, por exemplo, os investimentos em campanhas publicitárias de prevenção ao HIV dos últimos três governos (2015-2016/2017-2018/2019-2021), excetuando o último ano do governo situado entre 2019 e 2022. De 2015 a 2021 houve uma redução drástica nessa área, o que pode ter contribuído para o aumento dos casos, comparando-se os gráficos 1 e 2, a seguir.

Gráfico 1 – Investimentos em campanhas publicitárias de prevenção ao HIV (2015-2021)



Fonte: Ministério da Saúde via Lei de Acesso à Informação (LAI), 2022.

Ao mesmo tempo em que os investimentos caem, o número de casos de HIV tendem a aumentar.

Gráfico 2 – Brasil: Casos de HIV notificadas, 2011-2022

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/Aids – número especial/ dez. 2022

A partir dos dados apresentados nos gráficos, é importante ressaltar que, nos anos de 2019 e 2020, mesmo com uma aparente queda advinda em razão da pandemia de COVID-19, os investimentos, em geral, ainda foram baixos, se comparado a outros governos. Esse fato é corroborado pela UNAIDS em seu relatório global sobre a AIDS de 2022 ao afirmar que:

No decorrer dos últimos dois anos e meio, a pandemia da AIDS somada à pandemia da COVID-19—juntamente com as crises econômica e humanitária —colocaram a resposta mundial ao HIV sob ameaça crescente. A COVID-19 e outras crises têm desestabilizado os serviços de saúde em grande parte do mundo, resultando em milhões de estudantes fora da escola, aumentando sua vulnerabilidade ao HIV (Unaid, 2022, *online*).

Pelos gráficos apresentados, observa-se, por exemplo, que em 2021, já com o isolamento finalizado e a vida cotidiana voltando ao normal, o investimento foi mínimo se comparado a 2020 e, conseqüentemente, o aumento de casos foi maior que em 2020. É preciso fazer um adendo: desde 2011 os casos de HIV vêm crescendo gradativamente, tendo uma leve queda em 2019 e 2020, devido à pandemia de COVID-19.

Nesse contexto, é preciso reafirmar a cidadania ativa, que acontece quando o cidadão pertencente a uma sociedade se envolve ativamente em questões políticas, sociais e comunitárias. Para Copatti (2010), a partir dessa narrativa:

A cidadania está relacionada com a democracia, que nos tempos atuais se impõe mais necessária nos moldes participativos, tendo em vista a insuficiência da democracia direta e da democracia representativa, porque possibilita ao cidadão ser fundamental no desenvolvimento social (Coppatti, 2010, p. 86).

Sendo essa intrinsecamente ligada à democracia participativa, onde essa última pressupõe que o cidadão deverá:

Deixar o comodismo de lado, superar a ideia de que é mais fácil receber as coisas prontas dos outros do que agir, devendo inteirar-se dos assuntos, desenvolvendo o capital social da comunidade e o empoderamento da mesma, influenciando decisões que são de seu interesse (Coppatti, 2010, p. 87).

Nesse sentido, cada um torna-se dono da sua história, e o modo como ela vai ser legada depende única e exclusivamente de cada cidadão. Logo, essa participação ativa, de acordo com Schmidt (2006, p. 1774), demonstra que “os cidadãos que se tornam protagonistas da sua própria história, deixam de ser objetos das iniciativas de outros e tornam-se sujeitos do seu futuro”.

Geograficamente, as questões sociais, políticas e de saúde pública se inserem nessa cidadania, principalmente sobre a cidadania ativa. Os cidadãos ativos participam ativamente dos processos políticos. Portanto, independentemente de sua posição na sociedade, precisam estar inseridos em grupos ou movimentos sociais na luta por direitos, compreendendo que “as ideias e práticas de cidadania e de direitos estão sempre em processo de construção” (Benevides, 2016, p. 25).

Essa afirmação de Benevides (2016) é necessária, pois muito se observa o direcionamento para algumas pautas em detrimento de outras, sendo os direitos das PVHIV muitas vezes vilipendiados nos discursos políticos. De fato, é necessário entender o papel da cidadania ativa no que tange ao HIV e à AIDS, na garantia de que políticas públicas e seus recursos destinados supram as necessidades desse grupo e permitam que esses cidadãos tenham mais voz ativa nas decisões que estão diretamente ligadas às suas vidas, promovendo responsabilidade social e projetando sociedades mais justas e inclusivas.

3.3 NOVOS TRATAMENTOS: PEP E PrEP

Do seu surgimento, passando por diversos períodos de lutas sociais, de investimento em tratamento e prevenção, à distribuição gratuita do TARV, entre outros, importante para a consolidação do programa DST/AIDS no quadro da saúde pública, em especial nos

atendimentos especializados às PVHIV, surgiram dois novos tratamentos preventivos no contexto do HIV: a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP).

Vistos como revolucionários em tempos de desinformação, ambos são utilizados para evitar, ou pelo menos reduzir, o risco de infecção pelo HIV caso venha a ocorrer uma exposição ao vírus, e são administrados em distintas situações e com diferentes protocolos de saúde. Sendo utilizado nos Estados Unidos primeiramente em 2012, e sendo recomendado incondicionalmente em 2014 pela Organização Mundial da Saúde – OMS, no Brasil, a PrEP somente passou a ser distribuída pelo SUS no final do ano de 2017, de forma gradual e combinada com outras formas de prevenção (Contreiras, 2016).

Conceitualmente, a PrEP, de acordo com Contreiras (2016, p. 65), pode ser entendida como “um novo método de prevenção ao HIV que consiste no uso de medicações anti-HIV (antirretrovirais) por uma pessoa que não tenha o vírus com o objetivo de evitar uma infecção”. Já a PEP é um tratamento administrado logo após uma possível exposição ao HIV. É utilizada em situações de alto risco, quando não se tem conhecimento da condição sorológica do parceiro(a) com quem se teve relações sexuais desprotegidas, ou quando ocorre uma exposição ocupacional com material perfurocortante em um ambiente de saúde, por exemplo. Seu tratamento tem início no máximo 72 horas após a exposição, por um período de 28 dias, não sendo 100% eficaz e dependendo do início do tratamento.

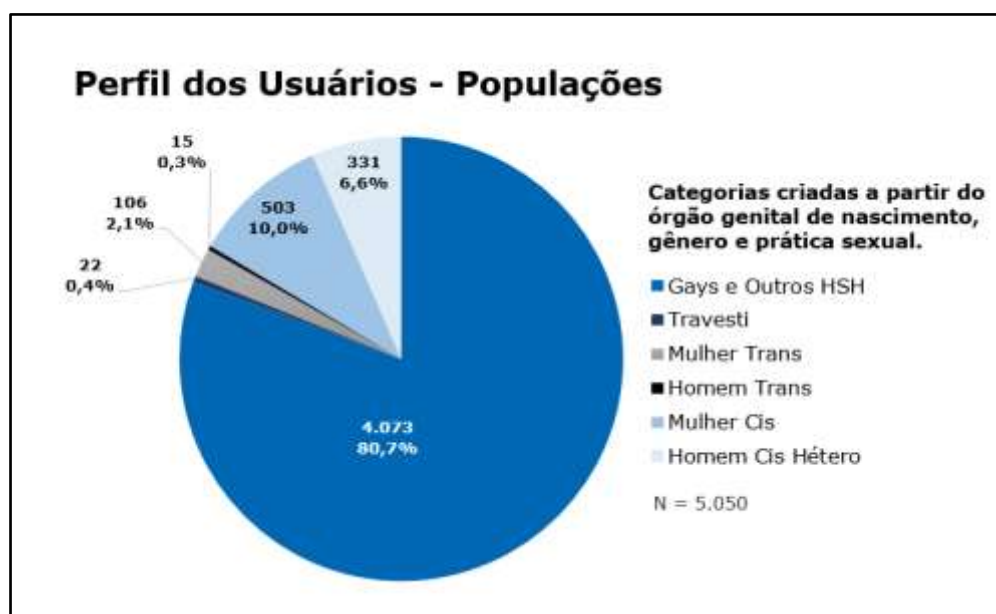
Partindo dessa concepção do que é PrEP e PEP e como se dão os protocolos para ambos, é preciso destacar que um dos grandes empecilhos é a falta de conhecimento e informação que as unidades de saúde e seus profissionais possuem em relação a esses tratamentos e à forma como os mesmos agem diante da situação de uma pessoa que possa ter sido exposta ao HIV. Essa desinformação acarreta uma exposição desnecessária, nesses espaços de saúde, do sujeito que busca tratamento e, por vezes, também não tem conhecimento sobre esses tratamentos profiláticos, o que fere os princípios éticos dos profissionais da saúde. Dessa maneira, Santos (2015) discorrem sobre saber fazer essa identificação de risco para evitar estigmas que já estão inseridos nesses cotidianos sociais da saúde, onde:

É necessário perceber que a utilização do medicamento como prevenção pressupõe a exposição do indivíduo ao risco de infecção pelo HIV. Há o estabelecimento de uma escala de risco que é aferida progressivamente a partir do tipo de relação sexual desprotegida (anal, vaginal e oral) e pelos sujeitos envolvidos nas relações sexuais. Há nesse ponto o estabelecimento de uma escala de pessoas ou grupos mais propícios a expor o “outro” à infecção pelo HIV: as pessoas que sabidamente têm HIV e aqueles que, minimamente, estão sob uma presunção de infecção: populações-chave. Essa noção de “risco”, mais uma vez, pode ser fator que aumenta o estigma e a discriminação em relação a determinados grupos e populações. É necessário que as

novas tecnologias preventivas sejam aplicadas de forma a impedir que isso ocorra (Santos, 2015, p. 68).

Essa perspectiva demonstra que, na adesão desse tratamento, não é qualquer pessoa que está apta ao seu uso. Seu uso é condicionado a algumas exigências do Ministério da Saúde, especialmente direcionados às pessoas em situação de vulnerabilidade ao HIV. Observe o gráfico 3, a seguir, que elucida, a princípio, o perfil dos usuários – populações da PrEP.

Gráfico 3 – Perfil dos usuários – populações (2018)



Fonte: Boletim – Vacinas e novas tecnologias de prevenção, nº 32, GIV, nov. 2019.

Logo, sua prescrição é realizada por um profissional da saúde e requer acompanhamento regular para monitorar a saúde desse paciente e garantir sua adesão ao tratamento. A sua eficácia é elevada quando usada corretamente. E, mesmo prevenindo a infecção pelo HIV, o risco de se contrair outras infecções sexualmente transmissíveis é alto. Por isso, ao se discutir o uso da PrEP ou PEP, a prevenção combinada deve estar sempre em discussão e seu uso associado à camisinha. Para Guzatti, Gorski e Besson (2023, p. 8), a camisinha “é o método mais conhecido, acessível e eficaz para se prevenir da infecção pelo HIV, além disso, tem como benefício a proteção diante de todas as demais infecções sexualmente transmissíveis, e ainda evita uma gravidez não planejada”. Seu uso combinado com a PrEP faz parte de uma entre várias ações relacionadas a esse tratamento.

Sendo assim, no panorama apresentado, de conhecimento acerca da PrEP e PEP, ainda há um caminho longo a ser percorrido, haja vista que se trata de uma política pública e, portanto, a mesma, desde sua inserção, vem sendo alvo de críticas e julgamentos por parte de grupos

conservadores que insistem em promover desinformação, aumentando o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV, e que acaba reverberando nas mídias em geral.

Sendo tão amplamente discutido, essas reverberações midiáticas atrapalham a efetividade da implementação de alguns programas de saúde como a PrEP e a PEP. Com relação ao debate social promovido pela mídia, Richard Parker, em entrevista concedida à Reccis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde no ano de 2019, discorreu sobre esses novos tratamentos e como os discursos preconceituosos e discriminatórios interferem na consolidação das ações de saúde pública que envolvem o HIV. De acordo com seu relato:

Isso é uma coisa que realmente criou espaço novamente para o discurso preconceituoso e para um julgamento muito perigoso e muito contra produtivo, do ponto de vista da saúde pública. (...) acho que é um risco muito grande que o atual governo, com sua tendência conservadora e a sua preocupação sobre gastos, possa ameaçar até o pequeno acesso que já existe, quando o que a gente precisa é, justamente, ampliar esse acesso. De fato, todas as pesquisas mostram que se reduz próximo a zero a probabilidade de infecção quando se tem tratamento adequado, controle da carga viral e acesso à antirretrovirais usados para a prevenção. Se todo mundo tiver acesso a essas coisas juntas, se acaba com a epidemia. (...) A luta atual para transformar as ferramentas eficazes para controlar a epidemia, para o controle eficaz, para que todo mundo tenha acesso a essas ferramentas, é enorme. (...) se precisa ter uma pedagogia de prevenção que informe as pessoas sobre as suas opções, mas que ofereçam a elas o poder de definir, controlar e começar, e isso a gente está muito longe de ter (Parker, 2019, p. 628-629).

Sua concepção corrobora como variados discursos já estigmatizados de que a pessoa HIV positivo é culpada pela sua condição e, portanto, não deveria receber ajuda do estado para seu tratamento. Silva (2016) faz uma análise, nesse sentido, comparando os discursos do passado com os do presente em relação ao HIV. Para ele, o discurso de hoje é:

Consciente e não discriminatório, fato é que por um longo período de tempo, o suficiente para a formação de opinião de mais de uma geração, predominou o discurso moralista, de culpabilização e de segregação de uma doença anunciada como restrita a grupos socialmente marginalizados, especialmente homens gays – imagem essa que só restou desconstruída, forçosamente, pelo crescimento do número de casos entre heterossexuais, ainda que à sombra do discurso moralizante e culpabilista de uma suposta bissexualidade disfarçada dos homens heterossexuais infectados, insistência na associação da doença com a prática homoerótica entre homens (Silva, 2016, *online*).

Nessa ótica, qualquer pessoa que foi diagnosticada com alguma enfermidade, e tem seu tratamento previsto pelo SUS, não deveria ser atendida pelo mesmo. São discursos discriminatórios que deveriam ser banidos de qualquer debate que tangencia políticas públicas

relacionadas ao tratamento e prevenção ao HIV. Nesse contexto, Carvalho e Azevêdo (2019) discorrem sobre a PrEP e a PEP e como é preciso estar atento à sua discussão como forma de manipulação pela mídia da principal função/objetivação desses medicamentos. Para esses autores:

Os avanços técnicos e farmacêuticos dos últimos anos possibilitaram a manipulação de uma série de ferramentas de tratamento e prevenção ao HIV que, ao serem incorporadas às estratégias de resposta à epidemia, expuseram um conjunto de conflitos e contradições relativas não só ao vírus, como aos corpos por ele alcançados seja física ou virtualmente pelo espectro das associações preconceituosas (Carvalho; Azevêdo, 2019, p. 254).

Sendo indicado para grupos de risco, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e trabalhadores do sexo, tem-se associado discursos discriminatórios contra esses grupos e contra a distribuição de forma gratuita da PrEP. Outrossim, esses autores discutem, em seu texto, sobre uma reportagem realizada pela Revista Época, na qual um repórter visitou uma casa noturna voltada ao público LGBTQIAPN+ e fez uma descrição de como seus frequentadores se utilizavam do medicamento para fazer sexo sem preservativo e sem pudor, acabando por generalizar o comportamento de alguns como sendo praticado por toda uma comunidade.

Reportagens como essa, sem comprometimento científico, que são escritas embasadas apenas na observação, só aumenta esse cenário de preconceito, discriminação e estigmatização para com a comunidade LGBTQIAPN+ e para as PVHIV que se inserem na mesma, retratando uma realidade que não é condizente a um grupo específico e sem levar em conta outros grupos, como as pessoas heterossexuais e/ou casais sorodiscordantes, que também fazem uso dessa medicação. Em resposta a essa desinformação, de acordo com esses autores:

O Ministério da Saúde fez uma carta de repúdio, reafirmando o lugar da PrEP nas estratégias de prevenção combinada traçadas pelo órgão e rechaçando a reprodução de preconceitos como a associação do HIV à população LGBTI, em que seus membros são indicados como irresponsáveis por, supostamente, terem deixado de lado a camisinha nas relações sexuais (Carvalho; Azevêdo, 2019, p. 254).

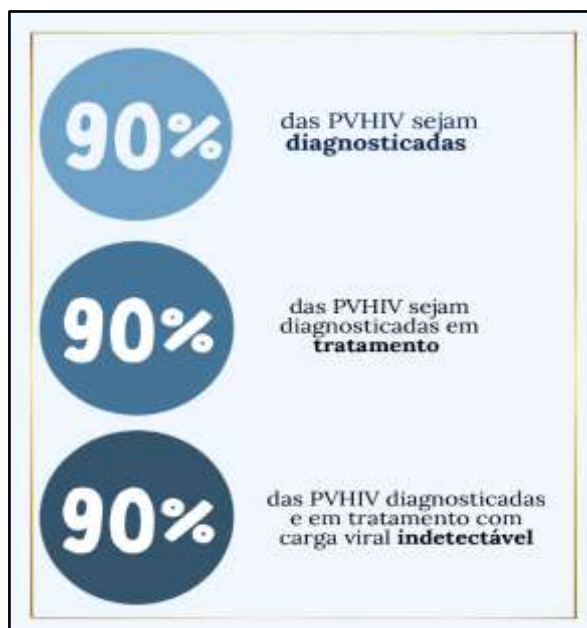
Em contrapartida aos absurdos que, por vezes, são divulgados/publicados nas mídias em geral, é possível fazer conexões com outros canais que divulgam a importância desse medicamento na luta contra o HIV e a AIDS, maximizando a sua discussão para vários panoramas sociais, onde ainda a desinformação ocasiona o aumento dos casos de HIV e o crescimento de pessoas que não procuram tratamento ou prevenção.

Nesse sentido, com as políticas públicas existentes e os avanços dos movimentos sociais na luta pelos direitos das PVHIV, bem como do acesso facilitado aos métodos preventivos e de

tratamento, é fundamental identificar e analisar as diversas áreas em que novas políticas públicas possam ser desenvolvidas e aprimoradas. Isso se faz necessário para enfrentar as mudanças da epidemia ao longo dos anos, bem como a evolução das comunidades e grupos afetados, sendo fundamental atualizar políticas antigas e criar novas políticas que sejam mais eficazes e direcionadas ao tratamento e prevenção.

A UNAIDS, desde 2016, com a assinatura da Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o fim da AIDS, propôs a Meta 90-90-90, e os países que a assinaram se comprometeram a cumpri-la. Em seu escopo, tem como objetivo levar testagem e tratamento para as pessoas que vivem com HIV. Observando a figura 9, pode-se entender quais são essas metas e o que elas pretendem alcançar.

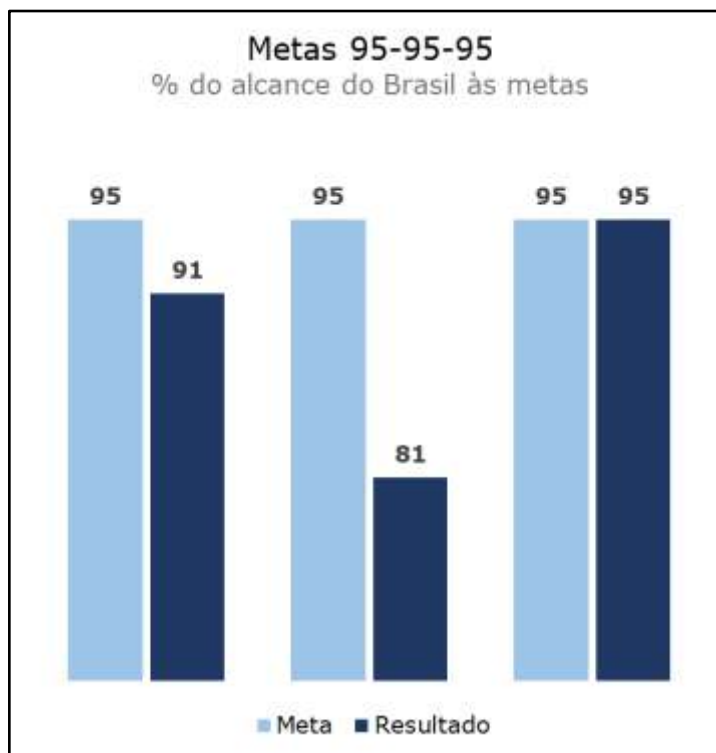
Figura 9 – Metas 90-90-90



Fonte: Revista Participathivos, nº 9 – Ano III – Junho/2021. Adaptado pelo autor (2025).

É importante destacar, que da proposta inicial, as metas aumentaram em 5%, hoje sendo 95-95-95. Na figura 9, acima, é possível observar que, apesar de avançadas políticas públicas de tratamento e prevenção, o Brasil ainda não conseguiu alcançar essas metas em sua totalidade. Somente em uma delas ela foi alcançada.

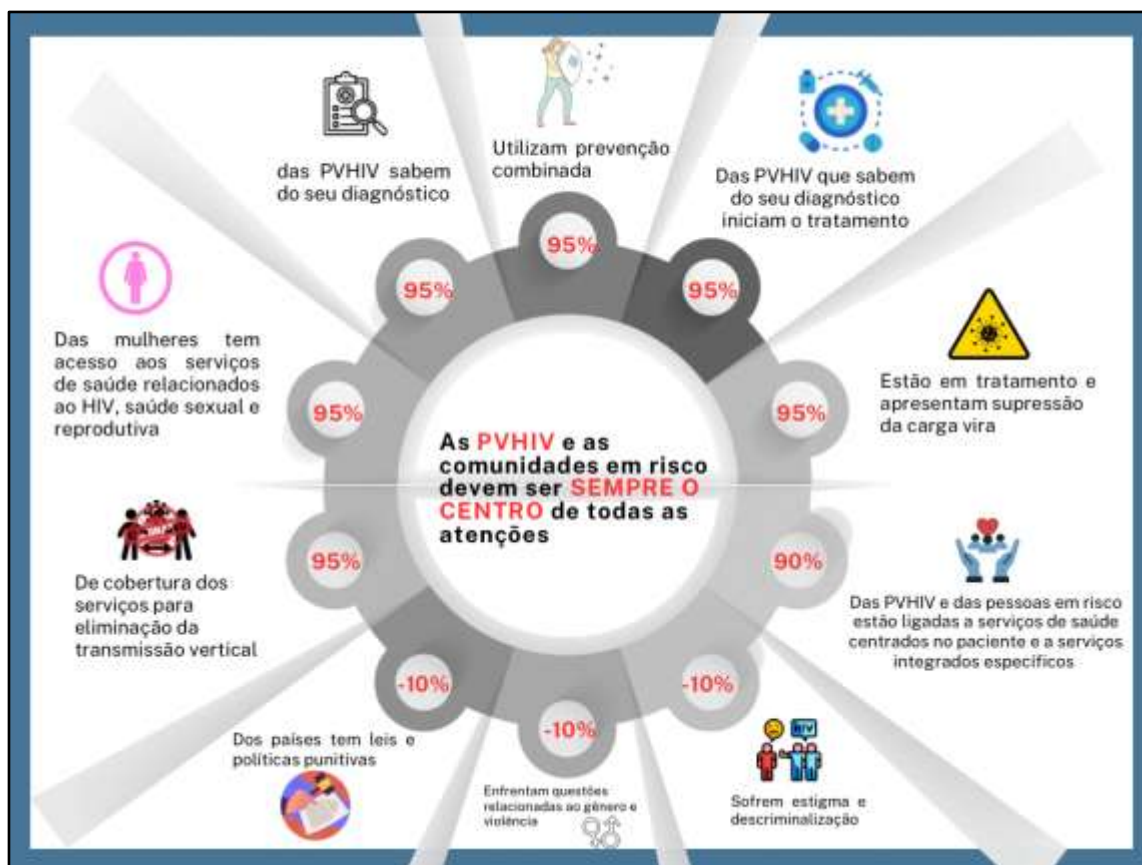
Gráfico 4 – Metas 95-95-95 – Brasil



Fonte: UNAIDS, 2023.

Por fim, importa destacar que, para a meta 95-95-95, além dos parâmetros atuais, a UNAIDS inseriu outras metas e objetivos a serem alcançados até o ano de 2025, com o intuito de melhorar o panorama do HIV no mundo. Além disso, a organização aponta alguns pontos negativos que ainda insistem em permanecer nessa luta, em contraponto ao que se deseja alcançar, destacados na região inferior da figura 10.

Figura 10 – UNAIDS – Meta 95-95-95 para 2025



Fonte: Revista Participathivos, nº 9 – Ano III – Junho/2021. Adaptado e organizado por Gabryella P. M. Barros (2025).

Sobre essas metas, elas estão associadas, respectivamente, à quantidade de pessoas vivendo com HIV diagnosticadas, à quantidade de pessoas vivendo com HIV diagnosticadas em tratamento e, por fim, à quantidade de pessoas vivendo com HIV diagnosticadas, em tratamento e com carga viral indetectável. Desse modo, na busca por mais direitos para as PVHIV, no que tange ao tratamento e prevenção, algumas questões ou áreas de abrangência, se recebidas a atenção necessária, podem contribuir para que o HIV não seja, ou se torne, um problema ainda mais grave na conjuntura social atual.

Dentre algumas áreas, pode-se destacar investimentos ou criação de novas políticas públicas relacionadas a uma educação em saúde, maior investimento em pesquisa e inovação, ações sociais para as PVHIV e suas comunidades, acesso facilitado aos cuidados de saúde, seja testagem, tratamento ou prevenção, financiamento adequado para desenvolvimento de ações que visem a integração de serviços de saúde e a redução do estigma e discriminação associada ao HIV, entre outras. Desse modo, configura-se um cenário em que já é possível afirmar,

principalmente pelos novos tratamentos como a PrEP e a PEP, que uma pessoa HIV positiva não transmite o vírus estando em tratamento regular e com carga viral indetectável.

O TARV, ao longo dos anos, desde o surgimento do HIV, evoluiu, permitindo que hoje uma pessoa portadora do vírus e com carga viral indetectável não transmita o HIV, mesmo em situações de risco, como sexo desprotegido ou contato com objetos perfurocortantes em contato com sangue contaminado. O foco desse tratamento é a supressão do vírus, evitando a sua replicação e resultando em uma carga viral indetectável em exame laboratorial de rotina.

A importância dessa prevenção é o benefício a longo prazo para as PVHIV. A medicação diária preserva seu sistema imunológico e previne doenças oportunistas. Nesse contexto, surge a campanha “Indetectável = Intransmissível”, do inglês U=U (Undetectable = Untransmittable), que vem promovendo essa ideia e colabora para amenizar ações discriminatórias que envolvem o estigma e o medo associados à transmissão do HIV, requerendo do paciente, soropositivo ou não, rigor no TARV. Segundo a UNAIDS (2019), em nota explicativa, afirma que:

O acesso à terapia antirretroviral pode ser transformador para pessoas vivendo com HIV. Ela permite que as pessoas recuperem sua qualidade de vida, retornem ao trabalho e desfrutem de um futuro com esperança. Para muitas pessoas vivendo com o HIV, a notícia de que o vírus não pode ser transmitido sexualmente é uma mudança de vida. A consciência de que o HIV não mais pode ser transmitido sexualmente pode dar às pessoas vivendo com o HIV um forte senso de serem agentes de prevenção em sua abordagem perante relacionamentos novos ou já existentes (Unaid, 2019, *online*).

Nessa ótica, é importante compreender que por estar indetectável não significa uma cura para o HIV. O vírus ainda é presente no corpo, mas em níveis tão baixos que não pode ser detectado ou transmitido. O tratamento deve ser contínuo e permanente, pois só assim se mantém essa supressão viral. Logo, para as PVHIV, é fundamental e importante serem acompanhados por profissionais de saúde e manterem seus exames regularmente, para que o tratamento seja eficaz, garantindo assim seu bem-estar e qualidade de vida. Para os usuários da PrEP cabem as mesmas orientações.

3.4 HIV E A PANDEMIA DE COVID-19

Durante mais de quarenta anos de sua eclosão, a epidemia de HIV atravessou décadas, mudou de milênio e enfrentou entraves de todos os tipos: ausência de investimento em alguns momentos, estigma e discriminação, difícil acesso ao tratamento, entre outros. Entretanto, no

contexto hodierno, apresentou-se a pandemia de COVID-19, que, direta ou indiretamente, impactou a resposta mundial ao HIV e à AIDS.

Nesse contexto, é importante fazer uma breve discussão de como a pandemia de COVID-19 afetou o tratamento das PVHIV e reconfigurou os parâmetros sociais em razão do aumento exponencial das demandas, que os sistemas de saúde, já sobrecarregados, tiveram que absorver. Logo, foi preciso um manejo clínico dos pacientes que tratavam, e ainda tratam, o HIV, em decorrência dessa sobrecarga e pelo fato de se constituir como um fator de risco para os mesmos (Bezerra; *et al.*, 2023).

Como resultado, “a adesão à TARV se tornou um desafio perante as novas medidas adotadas para controle da pandemia, de modo que a falta de acompanhamento eficaz dessas pessoas foi um fator importante para a diminuição na terapia” (Bezerra; *et al.*, 2023, p. 7). Esse cenário se configurou especialmente pelo fator isolamento social imposto pela pandemia de COVID-19, fator que, de acordo com Parente *et al.* (2021, p. 4), está associado ao “medo e ansiedade de contrair o vírus, que são grandes implicações e barreiras para as pessoas que precisam sair de suas casas para buscar assistência à saúde”. Isso afetou principalmente as PVHIV. Como resultado, os cuidados de tratamento e prevenção, não somente do HIV, mas de outras ISTs, foram prejudicados no período pandêmico, como explicam Parente *et al.* (2021):

Os serviços de saúde adotaram medidas de restrição nos atendimentos ambulatoriais, traduzida com diminuição do número de consultas, diminuição na rotina de testagem, mudanças nas atividades assistências e educativas nos Programas de Saúde, consultas de rotina canceladas e/ou reagendadas e redução do quantitativo de insumos e medicamentos, o que afetou significativamente a distribuição de medicamentos às pessoas vivendo cadastrados nos serviços (Parente; *et al.*, 2021, p. 5 - 6).

Desse modo, afetando as estatísticas em todo o mundo, principalmente no Brasil, onde o distanciamento social foi uma das principais causas dessa baixa adesão. Em relação ao isolamento proporcionado pelo período de quarentena da pandemia em questão, Pereira, Gir e Santos (2021) apontam que esse distanciamento/isolamento:

Por si só representa um fator de risco para problemas de saúde na população em geral, visto que pode aumentar drasticamente os sentimentos de isolamento e solidão no período da pandemia, o que pode ser exacerbado por desafios específicos enfrentados pelas PVHIV (Pereira; Gir; Santos, 2021, p. 2).

Na compreensão discursiva desses autores, os aspectos da vida cotidiana são diversos e foram significativos para compreender como a pandemia de Covid-19 afetou as pessoas que vivem com HIV. Dentre esses aspectos situam-se os sociais e psicológicos, destacando

especialmente o aspecto biológico, “[...] dada a fragilidade de seu sistema imunológico desde o diagnóstico estabelecido” (Pereira; Gir; Santos, 2022, p. 7). Com efeito, o distanciamento social durante a pandemia, por vezes, privou o paciente com HIV do seu direito ao tratamento, principalmente no Brasil. Diante desse exposto, na pandemia, o poder público, juntamente com as instâncias responsáveis, reconfigurou toda uma estrutura e calendário aos pacientes que tratam o HIV em decorrência deste período pandêmico. Logo, foi preciso compreender que:

Desafios enormes permeiam a manutenção dos cuidados e assistência geral às PVHIV. Estes vão desde o acesso aos testes, atraso para iniciar a TARV e bloqueios de cidades que retardam a continuação e alocação de recursos para as pessoas. Portanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS), UNAIDS e a Rede Global de PVHIV propuseram estratégias e dentre elas a dispensação da TARV em doses de 3 a 6 meses para reduzir as visitas aos centros de tratamento (Pereira; Gir; Santos, 2021, p. 7).

Absorver essas mudanças levou à desistência do tratamento, por muitos, nos seus cuidados de saúde. Nesse contexto, Bezerra *et al.* (2023) corroboram com essa discussão, afirmando que os diversos obstáculos que circundaram o acesso ao TARV durante o período pandêmico:

Motivaram e estimularam uma ruptura no cuidado continuado, acolhimento e prevenção contra o HIV, o que vai na contramão para a redução da transmissão do vírus, na melhoria da qualidade de vida das PVHIV/AIDS e no combate nacional e global da pandemia dessa IST (Bezerra; *et al.*, 2023, p. 8)

Outro ponto de vista a se elucidar diz respeito aos investimentos no programa DST/AIDS e até mesmo aos investimentos no combate ao vírus SARS-CoV-2. Pois, de acordo com Parente *et al.* (2021, p. 7), “as medidas de controle da COVID-19 aumentaram ainda mais as demandas nos sistemas de saúde já sobrecarregados, dificultando a continuidade no tratamento das PVHIV”, graças aos mínimos investimentos da máquina administrativa vigente na época.

A discussão da influência da pandemia de Covid-19 sobre o tratamento antirretroviral é importante para entender as mudanças de comportamento das PVHIV, bem como as mudanças dos parâmetros nacionais, que foram reduzidos e estão “relacionados à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e aos cuidados eficazes a essa parcela da população, parâmetros que são substanciais para o controle da infecção pelo HIV” (Bezerra *et al.*, 2023, p. 8). Desse modo,

mesmo com o fim da pandemia, ainda se fazem necessários estudos para entender uma quase sindemia¹⁷ e os padrões de saúde que foram utilizados para atenuar suas demandas e desafios.

¹⁷ De acordo com reportagem no site da Fiocruz, o termo sindemia (um neologismo que combina sinergia e pandemia) não tão novo assim, foi cunhado pelo antropólogo médico americano Merrill Singer na década de 1990 para explicar uma situação em que “duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças”.

CAPÍTULO 4 HIV EM RIO VERDE (GO): ANÁLISE ESPACIAL DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E PANORAMA SOCIAL

O presente capítulo traz um panorama social dos casos de HIV na cidade de Rio Verde, a partir de dados coletados entre janeiro e julho de 2023. Os dados utilizados foram extraídos dos prontuários físicos no Serviço de Assistência Especializado – SAE. Estes incluem algumas variáveis: gênero, raça/cor, idade, escolaridade, estado civil e bairro, que foram associados a outros dados de domínio público, sobretudo aqueles disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. Além destes, dados do boletim epidemiológico contribuíram para essa construção, discussão e análise de como é constituído esse panorama social do HIV nesse contexto e sua distribuição no espaço urbano de Rio Verde – GO.

4.1 APRESENTANDO O PANORAMA

Em todo seu tempo de existência, o HIV e, por consequência, a AIDS passaram por uma transição epidemiológica e demográfica, que trouxe para o campo da infectologia mais pesquisas, propiciando o avanço no tratamento e prevenção. Em Rio Verde, hoje identificada como um centro regional para a saúde e outras áreas sociais, atendendo cerca de trinta e um municípios que a circundam, é importante analisar a distribuição e espacialização dos casos de HIV e entender como contribuem para o compromisso do poder público em oferecer serviços de saúde de qualidade, promovendo igualdade e equidade social. O Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, junto ao Serviço de Assistência Especializado – SAE, realiza um trabalho integral desde testagem ao tratamento do paciente que se descobre portador do vírus HIV, entre outras doenças como tuberculose, hanseníase e hepatites virais.

Portanto, a discussão desse capítulo foi realizada a partir dos dados coletados em 760 prontuários físicos entre janeiro e julho de 2023, onde foram extraídos dados de algumas variáveis que incluíram faixa etária, raça/cor, gênero/sexo, estado civil, escolaridade, tempo de tratamento e religião para entender o perfil social desses pacientes que fazem tratamento e compõem o panorama social, associados a dados secundários de domínio público, como os situados no Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI, através do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DATHI, responsáveis pelo tratamento, prevenção e assistência às ISTs.

O DATHI disponibiliza informações sobre os casos de HIV e AIDS de todos os municípios brasileiros, utilizando as mesmas variáveis coletadas nos prontuários físicos. Além destes, foram extraídos os bairros em que esses pacientes residem, utilizados para entender a espacialização desses casos na cidade *locus* da pesquisa, importante ao demonstrar o quão complexa é a narrativa do HIV, estando vinculada às variáveis citadas, fazendo uma avaliação futura de tendências em relação ao HIV e à AIDS, que possam surgir, e das questões sociais envolvidas na distribuição espacial desse vírus.

4.2 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE HIV NA CIDADE DE RIO VERDE – GO

No território nacional, a epidemiologia, em sua plena atividade, se encarregou de observar como a distribuição de doenças se configurou a partir da análise de determinantes sociais que ocasionaram problemas de saúde em suas populações, principalmente por meio do processo saúde-doença. Desse modo, ofereceu ferramentas, quando ocorreram agravos de saúde, que foram capazes de desenhar as desigualdades e determinantes sociais relacionados a essa urgência.

Do mesmo modo, a geografia da saúde se tornou um pilar indispensável para se compreender os fenômenos das doenças nos espaços onde se manifestavam. Isso possibilitou a identificação de vulnerabilidades e tendências a partir de uma ordenação territorial e socialmente desenvolvida.

Logo, a construção de um perfil epidemiológico se fez necessária, uma vez que ele ajuda a identificar as condições de saúde de uma população específica, servindo também como um indicador que analisa, de maneira geral, as condições de vida dessa população, os processos de saúde-doença que se permeiam no seu cotidiano e como é seu desenvolvimento.

Essa intersecção de dados quantitativos, somada a análises qualitativas e espaciais, subsidia, por meio da epidemiologia, a criação de políticas públicas mais eficazes, planejando a saúde territorialmente. Essa ação rompe com uma visão biomédica amplamente utilizada em pesquisas epidemiológicas, ajudando a incorporar dimensões geográficas, que são: socioeconômicas, ambientais e culturais, o que reconfigurou a dinâmica das doenças em territórios variados.

No que tange ao HIV, a epidemiologia é essencial: não somente para se fazer o registro dos casos, mas porque ela propiciou a construção de um perfil social desse paciente em busca de tratamento, bem como facilitou a identificação da rota do HIV e sua evolução como agente etiológico. Nesse cenário, o uso de recortes geográficos que levam em consideração as variáveis

aqui utilizadas, como gênero, raças, sexualidade e outros, é vital para ajudar a desmascarar as desigualdades que acabam sendo ocultadas quando se utiliza uma abordagem biomédica.

Com isso, evidencia-se como a distribuição do HIV é desigual nos diversos territórios, afetando populações que foram historicamente marginalizadas. Quando são territorializadas, evidenciam não somente onde se situam os casos, mas também o que sustenta essas vulnerabilidades associadas a esses grupos marginalizados. Nesse cenário, o perfil epidemiológico se torna ainda mais importante. O estigma que o vírus HIV e a sua doença, a AIDS, geram na sociedade em geral colabora para a baixa adesão ao tratamento antirretroviral. Portanto, o investimento direcionado a ações de conscientização, prevenção e tratamento poderia trazer benefícios positivos no combate ao vírus e à sua evolução para AIDS. Como explicam Amorim e Duarte (2021):

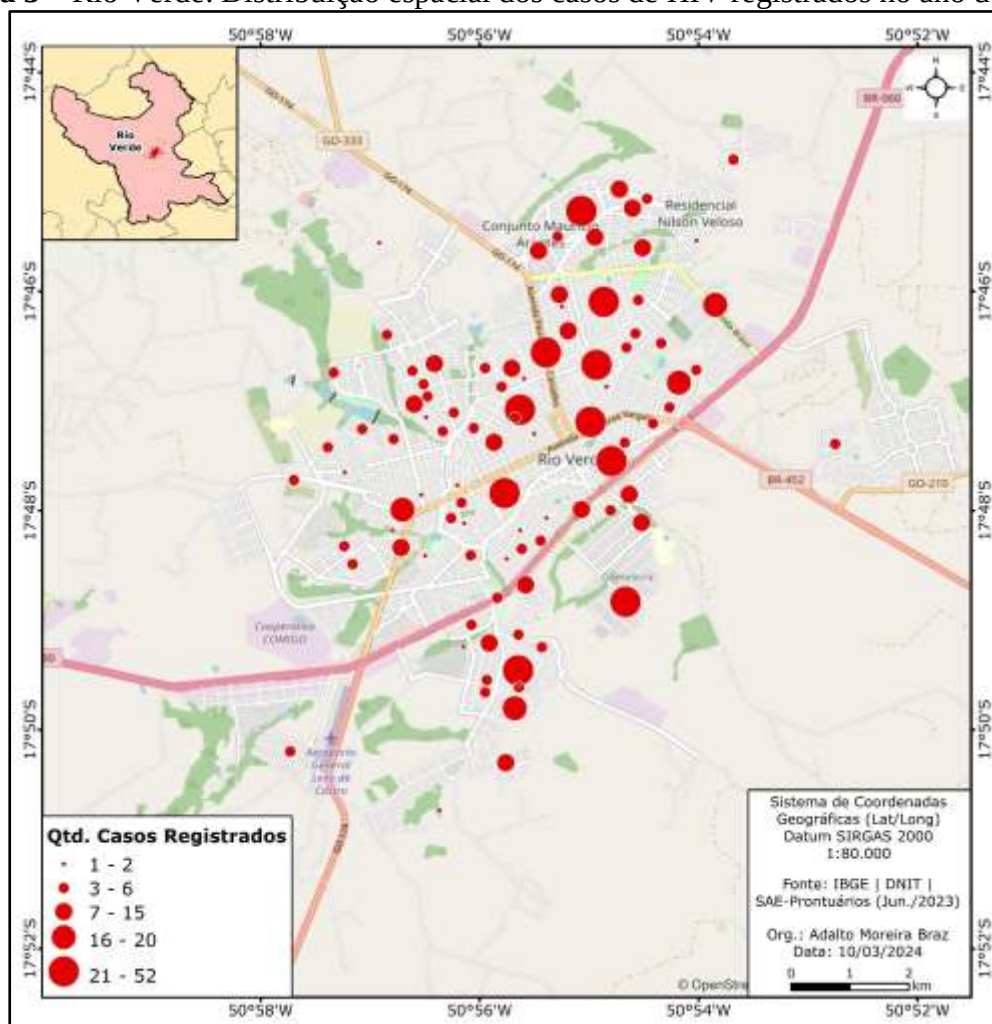
Conhecer o perfil epidemiológico dos portadores do HIV representa um avanço para minimizar a transmissão e vislumbrar possibilidades de ações de promoção à saúde e a oferta de terapia precoce. Além disso, o conhecimento da realidade permitirá que as autoridades responsáveis pelo monitoramento identifiquem as tendências da epidemia, estimulem as notificações do agravo, se esforcem para a redução da incidência, detecção e tratamento precoce da infecção (Amorim; Duarte, 2021, p. 4).

Desse modo, é esse perfil epidemiológico que contribui, além da construção de um panorama social, para um mapeamento onde se consegue avaliar a situação atual de uma doença, identificando os cenários críticos que necessitam de uma intervenção ou solução imediata, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde e melhorando a saúde da população. Assim, os dados coletados auxiliam na discussão sobre o HIV e sua distribuição no espaço urbano de Rio Verde, projetando algumas concepções acerca do perfil dos pacientes em tratamento nesta cidade. Dos prontuários, as variáveis utilizadas para essa discussão foram a faixa etária, gênero/sexo, escolaridade, estado civil, raça/cor e sua localização no espaço urbano representado por meio do bairro.

Entre janeiro e julho de 2023 foram analisados 760 prontuários físicos e classificados como ativos, ou seja, de pacientes que estão em tratamento, tendo como norte os itens de inclusão e exclusão apontados anteriormente. Vale destacar novamente que o CTA e o SAE abrangem, além de Rio Verde, cidades vizinhas situadas em sua microrregião. Do restante selecionado, ainda foram descartados mais seis prontuários, que correspondiam a pacientes que residiam na zona rural, moradores de rua e pessoas privadas de liberdade, sobrando um quantitativo de 760 prontuários cujos dados foram extraídos e tabulados.

Observar a distribuição desses casos no espaço urbano de Rio Verde é compreender que o vírus não tem preferências por um biótipo social específico, como foi divulgado em décadas anteriores. Como discutido em outros momentos desse texto, houve uma reconfiguração nas infecções pelo HIV, ou seja, tendências foram modificadas com a expansão do vírus, permeando outros grupos sociais afora daqueles em que o mesmo era configurado: gays, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo. Observe no mapa 3 como esses casos estão distribuídos no território urbano.

Mapa 3 – Rio Verde: Distribuição espacial dos casos de HIV registrados no ano de 2023



Fonte: IBGE/DNIT – SAE, Prontuários (Jun. 2023), organizado por Adalto Moreira Braz, 2024.

Mesmo que haja uma incidência maior ou menor em alguns bairros, sua distribuição não é tão desigual, ou seja, estão bem distribuídos entre seus bairros, e algumas incidências maiores em um ou outro não indica que este é um foco a ser observado com mais prioridade. São apenas tendências, como explicam Barcellos e Bastos (1996), que as identificaram, e as entendem sobretudo, pelo fato da:

População brasileira morar em cidades e da dinâmica da epidemia da AIDS depender de relações multipessoais, faz com que aquelas localidades, onde uma maior densidade demográfica favorece essas interações, tenham maior relevância e que, portanto, se observe um movimento de interiorização e não propriamente de ruralização da epidemia. Se é verdade que hoje a epidemia afeta diversos municípios fora das regiões metropolitanas e sua circunvizinhança, essa difusão ainda está restrita, basicamente, a municípios de tamanho médio e de maior importância na dinâmica econômica regional (Barcellos; Bastos, 1996, p. 14).

Dentro desta afirmativa, permeia a concepção de determinismo social do processo saúde-doença, adaptado ao território brasileiro, que, na concepção de Barata (2009):

[...] dá maior ênfase explicativa ao modo de vida, considerando que nele estão englobados tanto os aspectos materiais quanto os aspectos simbólicos que refletem as características sociais de produção, distribuição e consumo, às quais cada grupo social está relacionado através do modo de vida. Ao mesmo tempo que busca articular as diferentes esferas da organização social, o conceito de modo de vida reúne em um mesmo marco teórico as condições coletivas dos grupos e os comportamentos dos indivíduos que compõem esses grupos (Barata, 2009, p. 18 - 19).

Nessa pesquisa, foi preciso romper com a geografia descritiva e se apropriar de uma visão integrativa das relações entre o homem e o meio, para entender, na atualidade, como um vírus como o HIV pôde reconfigurar toda uma estrutura de saúde. Por isso, estudar a história natural de doenças, como meio de se encontrar uma cura ou tratamentos paliativos, se fez urgente.

Portanto, é essencial compreender que tanto a geografia quanto a saúde estão associados a diferentes formas de dominação, sustentando a ideia de que o homem nada mais é que um produto do meio e moldado por ele, e por ele se configuram as relações de poder. Isso pode ser observado principalmente nas campanhas de prevenção ineficazes e ao aumento do conservadorismo social de forma enfática nos últimos sete anos (2016-2022), anterior ao governo regente, que continua a ganhar forma na sociedade brasileira atual. Um dos resultados nocivos desse movimento, associado diretamente a um ideário de família tradicional e seus preceitos religiosos, ocasionando, entre outros motivos, o aumento dos casos de HIV entre jovens, homossexuais e idosos.

4.2.1 Analisando Algumas Variáveis A Partir Das Pessoas Que Vivem Com Hiv – Pvhiv Vinculadas

Ao abordar variáveis para uma coleta de dados, deve-se ter em mente o que se pretende como objetivo ao analisá-las, associando-as aos conceitos teóricos e ao problema estabelecido. Para essa pesquisa, utilizou-se documentos e dados oficiais, prontuários físicos (760, de acordo com os critérios de inclusão) e as subjetividades de pacientes em tratamento no SAE (24 pacientes), coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas.

Com isso, tentou-se chegar a um ponto de saturação teórica, evitando, assim, um número excessivo de entrevistas com respostas recorrentes, ou seja, sem apresentar informações que fossem substancialmente diferentes. Dessa forma, a qualidade recai sobre as narrativas apresentadas e a capacidade de interpretação das mesmas, dando robustez aos resultados. São mais importantes o fenômeno investigado e a forma como o mesmo é abordado, do que a extensão da amostra.

Nesse contexto, a discussão a ser realizada envolve dados desses prontuários, coletados ao longo de sete meses (janeiro/2023 – julho/2023), na cidade de Rio Verde - GO. Essa coleta foi realizada no Serviço de Assistência Especializada, onde foram retiradas as seguintes variáveis: cor, gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, bairro e tempo de tratamento. Faz-se um adendo importante aqui, pois, a priori, a intenção era recolher dados referentes à orientação sexual e religião. No entanto, os prontuários, em sua maioria, foram mal preenchidos, não constando estas variáveis.

Todas elas, em algum momento, serão discutidas e associadas aos dados do Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DATHI, que apresentam dados até 2022, não atualizados até janeiro de 2025, e do Boletim Epidemiológico HIV e AIDS de 2024, publicado em dezembro desse mesmo ano, que mostra dados de 2013 a 2023.

A priori, vale destacar que a cidade de Rio Verde, nos últimos anos, vem se destacando pelos seus investimentos em saúde, dentre outras áreas como a educação. O SAE tem realizado um trabalho significativo na luta contra a AIDS, fazendo diagnósticos precoces dos casos de HIV e evitando, assim, o aumento dos casos da sua doença.

HIV e AIDS são diferentes, portanto, suas notificações também são diferenciadas, pois existem dados tanto dos casos do vírus quanto dos dados da doença. Estes últimos ocorrem quando uma pessoa portadora do vírus HIV, estando em conhecimento ou não da sua sorologia, não faz o tratamento antirretroviral, o que ocasiona a baixa imunidade, levando ao quadro da AIDS, doença decorrente do não tratamento ao vírus.

Desse modo, os dados discutidos aqui dizem respeito aos casos de HIV e, quando necessário, poderão ser citados os casos de AIDS, com suas devidas identificações, para que

ocorra uma melhor interpretação desses dados. Em Rio Verde – GO, o DATHI apresenta dados dos casos de HIV até 2022. Sobre os casos de HIV, estes incluem dados referentes aos anos de 2023 e 2024, a depender do tipo de variável que se lê. Para os casos de HIV, são apresentadas duas variáveis: sexo (gênero) e faixa etária. Observe a tabela 1:

Tabela 1 – PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS) vinculadas

Ano	Homens	Mulheres	2 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 49 anos	50 anos ou mais	PVHA geral
2009	132	91	0	0	3	3	16	23	142	32	223
2010	149	101	0	0	2	3	18	26	156	44	250
2011	177	119	0	0	2	2	24	35	175	54	296
2012	186	124	0	0	2	2	25	33	177	58	300
2013	207	124	0	1	1	2	26	37	195	66	331
2014	223	137	0	0	0	3	30	41	201	79	360
2015	251	157	1	0	0	6	31	47	234	80	408
2016	274	177	2	1	0	10	34	53	256	96	444
2017	322	198	3	2	0	10	52	66	304	119	499
2018	384	239	2	3	0	12	67	83	354	124	582
2019	458	287	3	1	0	10	79	104	430	125	695
2020	508	238	2	0	1	8	76	85	384	190	746
2021	583	240	3	0	2	10	99	91	430	132	823
2022	670	274	2	2	2	8	121	105	478	174	944

Fonte: MS/SVSA/DATHI – 2023.

A tabela acima apresenta o número de pessoas vivendo com HIV que estavam vinculadas ao SAE. Em 2022, esse número chegou a 944 pacientes vinculados, incluído aqueles com sexo e faixa etária ignorados. É importante destacar que estar vinculado não significa estar em tratamento antirretroviral. Como mostra a tabela 2, a seguir.

Tabela 2: PVHA (pessoas vivendo com HIV/AIDS) em TARV

Ano	Homens	Mulheres	2 a 4 anos	5 a 8 anos	9 a 11 anos	12 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 49 anos	50 anos ou mais	PVHA geral
2009	102	65	0	0	1	3	8	20	113	28	167
2010	108	70	0	0	1	2	9	22	124	36	178
2011	126	78	0	0	0	2	8	30	138	44	204
2012	146	95	0	0	2	1	10	26	144	52	241
2013	171	96	0	1	2	2	11	32	165	66	267
2014	189	122	0	0	1	2	15	34	174	77	310
2015	205	146	1	0	0	3	17	36	211	79	354
2016	220	161	1	1	0	8	25	54	236	77	360
2017	272	169	2	1	0	9	53	64	294	114	433
2018	340	199	1	2	0	12	53	81	347	110	512
2019	385	239	1	1	0	10	71	104	421	116	575
2020	449	198	2	0	1	8	73	84	369	164	648
2021	511	211	1	0	0	10	80	103	433	137	722
2022	589	212	1	2	2	9	97	114	478	173	801

Fonte: MS/SVSA/DATHI – 2023

Os números demonstram que, dos 944 pacientes vinculados, apenas 801 estavam em tratamento antirretroviral. Essa diferença elucida que, mesmo tendo acesso gratuito ao fazer exames de rotinas, acesso ao medicamento, muitos pacientes desistem de prosseguir esse tratamento. Essa desistência pode estar associada aos efeitos colaterais do medicamento, à dificuldade de acesso ao serviço de saúde e a fatores psicossociais, como depressão, uso de substâncias psicoativas, entre outros.

No cenário da saúde, “vinculado” e “em tratamento” são termos que se apresentam com diferentes status de uma pessoa ou grupos em relação aos serviços de saúde que os mesmos utilizam. Estar vinculado significa que existe uma relação formal com determinado serviço, seja um cadastro, uma matrícula ou outro tipo de registro. Estar em tratamento demonstra que essa pessoa faz uso dos recursos disponíveis nesses serviços de saúde para tratar uma condição específica.

Por ser bem estruturado, o SAE apresenta uma organização de excelência no acolhimento e aconselhamento, tratamento e prevenção aos portadores do HIV. E, mesmo assim, pode ocorrer esse abandono antes, durante e depois da adesão. Rodrigues e Maksud (2017, p. 527) explicam que essa não aderência é universal de acordo com alguns estudos, e muitos deles, na explicação dessas autoras, revelam “[...] que o período inicial do tratamento tende a ser a fase mais vulnerável para que ocorra abandono”.

Desta maneira, depreende-se que o atendimento a esses pacientes, desde a coleta, o seu diagnóstico, aconselhamento e tratamento, é fundamental para uma adesão à TARV mais eficiente, melhorando sua qualidade de vida e prolongando a mesma. Como Mandu *et al.* (2022,

p. 5) apontam, “[...], logo após o diagnóstico de uma condição crônica, os indivíduos tendem a adotar mudanças no comportamento que favorecem o cuidado à própria saúde”. A vontade de viver é um dos fatores envolvidos nessa mudança.

No caso das PVHIV, como apresentado em sua pesquisa com pacientes que abandonaram o tratamento em um serviço especializado do Centro-Oeste, esses pacientes “entendem a necessidade de cuidado contínuo com a saúde” (Mandu; *et al.*, 2022, p. 5). É implícito, então, que há uma vontade de viver. No entanto, se houver uma ausência no acolhimento, por parte da instituição e seus colaboradores, a adesão a qualquer tratamento é mais dificultada ainda.

Nessa discussão, vale apontar novamente a função da representação social, que exerce influência para que se faça uma adesão ao TARV. Na visão de Cardoso e Arruda (2004, p. 153), é preciso “entender a tradução que os pacientes fazem de sua doença, da informação médica que recebem, do impacto destes conteúdos na condução de seus tratamentos”. Logo, em vista de um objetivo comum, que é a sua adesão ao tratamento, é preciso “entender o que influencia suas ações, que representações estão embutidas em suas condutas” (Cardoso; Arruda, 2004, p. 153). E essa concepção é diferente em homens e mulheres, pois os saberes da PVHIV “são construídos numa rede de relações complexas, na qual estão envolvidos os níveis individuais e coletivos, em um contexto familiar, histórico e sociocultural” (Cardoso; Arruda, 2004, p. 160).

Tendo em vista que a adesão ao TARV deve ser contínua, e que não ocorram interrupções, deve ser unísono o empenho de vários atores nessa ação: Estado, profissionais de saúde, investimento em infraestrutura, rede de apoio consolidada. Afinal:

As razões pelas quais os indivíduos vão seguir ou não as condutas de observância a tratamento vão depender de inúmeros fatores (esquema terapêutico, momento de evolução da doença, tipo de doença, grau de apoio familiar e social, etc.) e entre eles, também podemos incluir a representação social que a soropositividade tem para estes sujeitos (Cardoso; Arruda, 2004, p. 160).

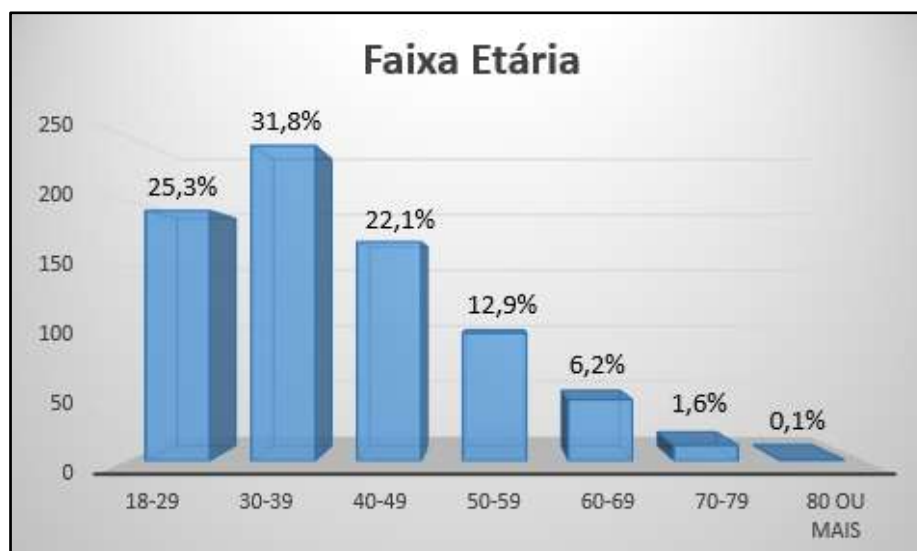
Quanto a essa inconsistência nos números de pessoas vinculadas e pessoas em tratamento, a realidade é igual tanto a nível estadual quanto federal. Segundo o DATHI, em Goiás, no ano de 2022, 23.418 pessoas com HIV estavam vinculadas, ao mesmo tempo em que somente 19.925 faziam tratamento. A nível nacional, 839.328 pessoas estavam vinculadas, e somente 731.471 pessoas em tratamento. Isso demonstra que, em todas as esferas sociais, ocorre abandono do TARV por diversos motivos, já supracitados.

Com isso, um olhar mais a fundo sobre esses abandonos é fundamental para se criar soluções, que leve esse paciente ao retorno do tratamento, evitando assim infecções e o desenvolvimento da AIDS decorrente da baixa imunidade e doenças oportunistas.

4.2.1.1 A faixa etária, o gênero e suas variações

Ao longo de mais de quarenta anos do surgimento da epidemia da AIDS, e por consequência, a epidemia do HIV, o perfil da população que vive com o vírus tem se alternado significativamente em muitas variáveis, especialmente a faixa etária desse grupo. O padrão médio de idade, onde prevalece o maior número de casos, sempre esteve e ainda permanece na faixa que vai dos 20 aos 39 anos. Para essa pesquisa, adotou-se como marco inicial os pacientes acima de 18 anos. Nos prontuários analisados, estes apresentaram faixa etária até acima de 80 anos. Observe o gráfico 5:

Gráfico 5 – Rio Verde: Faixa etária dos pacientes em tratamento – SAE (2023)



Fonte: SAE/Prontuários - Elaborado pelo autor, 2025.

Por meio do gráfico acima, identifica-se que a faixa etária entre 30 e 39 anos apresenta a maior taxa dos casos de HIV na cidade de Rio Verde, com 31,8%, seguindo a tendência estadual e nacional, que apresenta a maioria dos casos nessa faixa, segundo DATHI (2022). Ao analisar o Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2024, a faixa etária entre 18 e 29 anos é o segmento com o maior número de casos, representando 65,50% em 2022 e 58,7% em 2024. Mesmo que haja uma diferença maior em 2022 em relação a 2024, com a faixa etária entre 30

e 39 anos, que mostrou 53,7% e 53,8% respectivamente, essa diferença é pouco expressiva, tendo em vista a importância dessas duas faixas.

Ambas se tornaram importantes para serem analisadas, pois apresentam o maior número de casos de HIV. Desse modo, os grupos que pertencem a essas faixas precisam ser alvo de campanhas de prevenção e tratamento. Entre 40 e 49 anos, também há uma expressiva porcentagem de detecção de casos tanto em Rio Verde quanto nas outras esferas. A partir dos 50 anos, as taxas de infecção tendem a diminuir, contudo, não deixando de ser importantes nessa discussão.

A partir dessa idade, por serem pessoas nascidas na década de 1970 ou anterior a ela, a discussão sobre sexo no seio familiar e os métodos de prevenção para as Infecções Sexualmente Transmissíveis viraram tabu, o que na época era considerado “um problema que pode levar à diminuição da detecção precoce da infecção por HIV” (Santos; *et al.*, 2021, p. 2). Esse fato vem da premissa de que esse grupo, pela idade, já não possui uma vida sexualmente ativa, somado ao fato do não uso de preservativos, deixando-os mais vulneráveis e suscetíveis às ISTs. Celedônio e Andrade (2014), ao discutirem a AIDS na terceira idade, já afirmavam o que Santos *et al.* (2021) discutia sobre o tabu de se discutir a sexualidade de pessoas idosas, levando a uma estereotipização dessa sexualidade, onde:

Outro fator que acaba contribuindo para esse grande índice é a sexualidade estereotipada que é produzida culturalmente na sociedade. Os estereótipos de que as pessoas idosas não têm interesse por sexo ou que são incapazes de sentir algum estímulo sexual, ainda é amplamente difundido. E, concomitante a isso, a prática sexual sem proteção contribui para que esse diagnóstico em pessoas idosas aumente cada vez mais (Celedônio; Andrade, 2014, p. 49).

Nesse sentido, tendo em vista que o número de casos de HIV entre pessoas acima de 50 anos e durante seu processo de envelhecimento, é necessário que haja um entendimento de que a sexualidade independe da idade. Para isso, “é necessário desmistificar as concepções relativas às vivências sexuais dos idosos, para que os mesmos não desmereçam suas possibilidades e capacidades e acabem por exercer uma vida assexuada” (Santos; Silva; Campos, 2021, p. 6). Desse modo, se envelhece saudável e com qualidade de vida. E isso sendo possível, rompendo com os “tabus a respeito da sexualidade, a fim de promover educação sexual nessa população e adoção de medidas de promoção de saúde visando à diminuição da transmissão do vírus” (Santos; *et al.*, 2021, p. 10).

Não somente é uma questão de valorização da pessoa idosa, mas de entender que eles, mesmo com a idade, têm direito a ter uma vida sexual ativa, no entanto, com segurança. Por

isso, a importância de haver campanhas educativas voltadas a esse grupo. Nesse contexto, quando é abordado o tema do HIV entre idosos, existem algumas teorias sobre o porquê do aumento da incidência do vírus e também da AIDS nessa população.

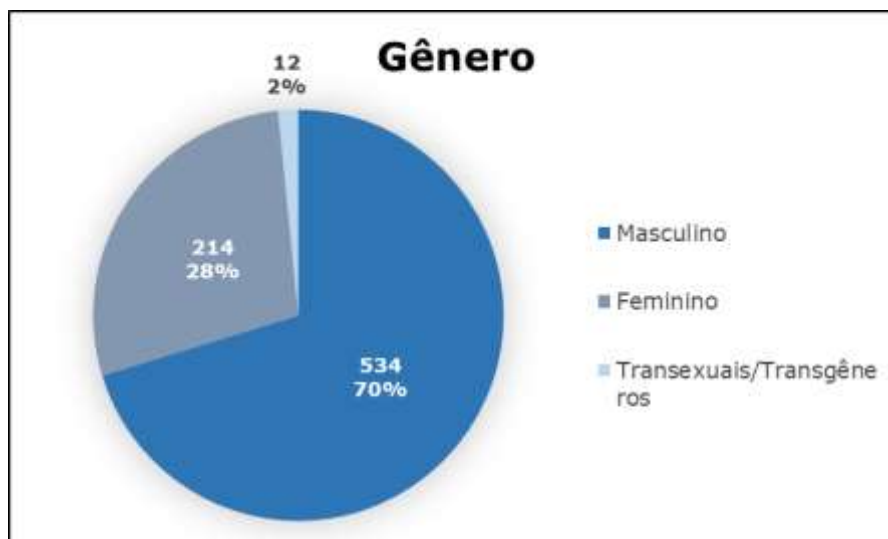
Algumas delas dizem respeito à falta de uso de preservativos, à invisibilidade da sexualidade idosa, à falta de políticas de prevenção específicas, ao diagnóstico tardio, à maior expectativa de vida e novas relações, à popularização dos medicamentos para disfunção erétil, além do comportamento de risco. Para além disso, a baixa imunidade presente nessa faixa etária, somada a uma ausente preocupação em se fazer exames de rotina relacionados às ISTs no centro de testagem, contribuem para esse cenário de aumento de infecções entre idosos. Para Aguiar *et al.* (2020):

É importante entender que a percepção de risco é diferente entre os grupos de pessoas em suas diversas faixas etárias, motivadas pelos aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais aos quais estão expostos. Logo, se faz necessário considerar o processo de adoecimento de forma coletiva, compreendendo melhor como os determinantes sociais contribuem para a disseminação da doença (Aguiar; *et al.*, 2020, p. 582).

Apesar de reduzida, é uma abordagem que merece ganhar mais atenção nos estudos científicos, pois somente assim se conseguirá fomentar ações políticas que tratem de forma séria o idoso e as questões que envolvem sua saúde sexual, bem como suas práticas, na tentativa de contribuir para a manutenção de bom estado geral de saúde, fomentando mais ações para a prevenção e tratamento ao vírus HIV e sua propagação nesse grupo específico.

Em relação ao gênero, todas as esferas apontam para uma maioria de homens infectados do que mulheres. Em Rio Verde, 70,3% dos casos identificados estão associados ao sexo masculino, 28,1% ao sexo feminino e 1,6% associados à população trans (transexuais e transgêneros), como pode ser observado no gráfico 6

Gráfico 6 – Rio Verde - Relação entre os gêneros dos pacientes em tratamento – SAE (2023)



Fonte: SAE/Prontuários - Elaborado pelo autor, 2025.

Ao observar essas médias, é possível comparar com outras esferas, haja vista que elas apresentam dados semelhantes, comprovando a tendência de que os homens são mais infectados, principalmente aqueles que fazem sexo com outros homens. Em 2024, de acordo com o Boletim Epidemiológico em nível nacional, os homens representavam 73,65%, enquanto as mulheres eram 26,35%, números esses que se equiparam aos apresentados sobre Rio Verde. Em Goiás, essas porcentagens indicavam 73,62% e 26,38%, respectivamente. Esses dados não levam em consideração a população trans, como identificado em Rio Verde. Logo, assume-se que podem estar identificados como homem ou mulher. Já mencionado, os dados municipais são de junho de 2023, sendo comparados aos dados do DATHI de 2022 e do Boletim Epidemiológico HIV e AIDS de 2024.

Adotando-se o Brasil como referência nessa diferença de gênero, globalmente essas estatísticas quase se equiparam. Nesse cenário, segundo a UNAIDS (2023), de todas as pessoas que viviam com HIV, 44% delas eram mulheres ou meninas de todas as idades. Isso confirma uma tendência de feminização do HIV, iniciada na década de 1990. Muito dessa estatística se dá por conta principalmente do continente africano, onde 62% de todas as novas infecções pelo HIV correspondiam às mulheres e meninas de todas as idades, enquanto em outras regiões geográficas do continente, essas novas infecções eram representadas por 73% de homens e meninos. Esses números são alarmantes se considerarmos que, por semana, de acordo com a UNAIDS (2023), globalmente são infectados cerca de quatro mil adolescentes e jovens mulheres entre 15 e 22 anos. Dessas, 3.100 ocorrem na África Subsaariana.

Essas desigualdades, do global ao local, se devem muito à ausência de investimento em políticas sociais voltadas para os serviços de saúde e educação. Serviços esses fundamentais para fomentar uma sociedade consciente de seu papel como cidadã, na luta por independência e busca por melhores condições de saúde, sobretudo na África, onde o HIV e a AIDS fizeram, e ainda fazem, junto à fome, o maior número de vítimas. Seja para tratamento ou prevenção, é preciso haver consciência do seu povo e investimento do poder público para minimizar e até mesmo mitigar essas mazelas.

É importante, nessa discussão, direcionar ao debate da vulnerabilidade, agora no contexto do gênero, como justificativa principal para o aumento de casos de HIV em mulheres no mundo e no Brasil. Aqui, mesmo com as políticas de prevenção, como a distribuição gratuita de camisinhas tanto masculinas quanto femininas, as mulheres se sentem pressionadas diante de uma sociedade machista e patriarcal, que condena, no casamento, o uso dessa proteção. Isso faz com que mulheres permaneçam vulneráveis em suas relações. De acordo com o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher – UNIFEM (2003):

Há a cultura machista, que faz mal às mulheres e complica a vida dos homens, quando prega a penetração como o verdadeiro sexo e vê a camisinha como um traste que incomoda e dificulta a ereção. Somando esses fatores, um número considerável de homens não usam camisinha por considerar que jamais adoecerão (Unifem, 2003, p. 10).

Maia e Reis Júnior (2019, p. 187) corroboram com essa afirmação ao explicar que “a vulnerabilidade das mulheres à infecção está estreitamente ligada ao machismo e a uma cultura patriarcal”, mostrando o quanto é essencial reconhecer a importância da mulher e seu papel na sociedade.

Romper com essa cultura machista e diminuir as desigualdades de gênero é fundamental para a sua valorização. No que tange ao HIV, essa discursiva dominante do homem fez com que muitas mulheres se submeterem aos seus maridos e, com isso, se infectando com o vírus por meio das relações extraconjugais, onde seus cônjuges contraíram o HIV, levando-o para seu lar. Como se trair fosse algo natural na cultura patriarcal e machista, ainda vigente.

Esse comportamento ainda é incentivado em muitos contextos sociais, o que direciona a problemas de ordem psíquica e de saúde. Para Campany, Amaral e Santos (2021, p. 376), “a naturalização do desejo sexual masculino como contínuo e inesgotável, símbolo de virilidade, faz que homens se coloquem em risco e estendam essa situação a suas parceiras fixas”. Essa ideia se contrapõe ao que essas autoras afirmam sobre o comportamento feminino, muitas vezes entendido como compulsório. Para elas, houve uma:

Naturalização do comportamento feminino monogâmico e vinculado ao afeto, apesar de todo o avanço representado pela pílula anticoncepcional, na segunda metade do século XX, e outros métodos contraceptivos que deram à mulher maior liberdade nas vivências sexuais e busca pelo prazer, dissociando o ato sexual da reprodução (Campany; Amaral; Santos, 2021, p. 379).

Nesse contexto, quando se discute as diferenças de gênero e os casos de HIV, tanto em nível nacional quanto regional, no caso da cidade de Rio Verde, observa-se, em todos esses panoramas, mais de 70% dos casos identificados em homens, colaborando com os dados apresentados no Boletim Epidemiológico HIV e AIDS e no DATHI, que apontam essa disparidade e também discorrem sobre como o *modus operandi* social do homem, abastecido de um pensamento patriarcal, pode acarretar sérios problemas de saúde coletiva, como o aumento de casos de HIV em mulheres nas últimas décadas, como o próprio aumento destes casos nas estatísticas gerais e de outras ISTs, como a sífilis, que se tornou um agravo de saúde na atualidade por conta da banalização do uso do método contraceptivo mais importante no enfrentamento de novas infecções de HIV: a camisinha.

Um adendo nessa discursiva sobre o gênero e os casos de HIV diz respeito à coleta nas fichas de cadastros anexadas aos prontuários dos pacientes em tratamento no SAE, que, em sua maioria, não indicavam a categoria de exposição em que os pacientes, ao se inserirem em uma delas, estariam mais vulneráveis a contrair o HIV. Tendo isso em vista, vale destacar, a partir do boletim epidemiológico, essas categorias que estão hierarquizadas.

Quadro 2 – Categorias de Exposição ao HIV

Homossexual
Bissexual
Heterossexual
Uso de drogas injetáveis
Hemofílico
Transfusão de sangue
Acidente material biológico
Transmissão vertical

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV e AIDS – 2024. Adaptado.

Todas elas associadas a algum tipo de exposição, podendo ser sexual, ocupacional, sanguínea ou vertical (da mãe para o filho). Dentre elas, algumas se destacam, representando o maior número de casos de HIV notificados. Neste boletim são apresentados dados referentes ao ano de 2023 e mostram que a maioria das infecções pelo HIV ocorreu em sua maioria, de acordo

com essas categorias de exposição, respectivamente em heterossexuais (tanto em homens – 37%, quanto em mulheres – 84,3%), em homossexuais (33,7%), seguido por bissexuais (7,6%).

4.2.1.2 Raça e suas desigualdades

O HIV e a AIDS, ao longo da sua história, não somente contribuíram para a marginalização e estigmatização de alguns grupos sociais, mas também descortinaram ao mundo uma problemática histórica tão importante quanto a epidemia da AIDS na década de 1980: o racismo e o acesso à saúde da população negra nesse período.

O Brasil, sendo um dos últimos países a abolir a escravidão, só começou de fato a valorizar a população negra nos seus censos em 1991, quando a classificação atual de cor/raça foi estabelecida com a inserção da população indígena. Para entender essa situação, é necessária uma breve contextualização.

O primeiro censo que se tem notícia foi após o fim da Guerra com o Paraguai, após 1870, e foi realizado somente para se ter uma noção do número de óbitos (baixa de cidadãos), entre outras motivações políticas. Após o fim da escravatura, em 1888, o segundo censo ocorreu em 1890, em uma república recém instituída, acerca da população geral e por estado civil. Até 1920, os censos excluíram a categoria cor, por serem invisibilizados por uma política eugenista instaurada desde o início do século.

Somente em 1940, a partir do contexto eugenista, o censo começa a coletar dados referentes à cor. Isso ocorreu porque o Brasil foi inserido no rol das nações que produziam censos decenais. É nesse censo que a categoria amarela, para classificar os asiáticos e seus descendentes, é inserida, um grupo advindo do projeto eugenista e também pela migração massiva de japoneses, iniciada em 1908 e aumentando progressivamente no período entre guerras até 1935.

Foi nesse censo que as autoridades declararam sucesso desse projeto, quando 63% dos brasileiros eram considerados brancos. A eugenia veio permeada de inúmeras teorias acerca da biologização da raça, que, de acordo com Petruccelli (2018, p. 13), estava apoiada no “escravismo e a superposição do sistema de dominação sobre a hierarquia de relações inter-raciais, fundamentos da sociedade oitocentista”. Esses ideários se espalharam nas sociedades escravocratas, como o Brasil, que fizeram e ainda fazem permanências na contemporaneidade.

Ademais, o censo de 1950, de acordo com Piza e Rosemberg (1998-1999, p. 125), “segue as cores utilizadas no Censo de 1940”, onde a cor estava distribuída em quatro grupos — brancos, pretos, amarelos e pardos. Os índios e outras classificações como mulato e caboclo,

muito utilizados na época, estavam inseridos no grupo dos pardos. Entre 1960 e 1980, não houve menção desse grupo específico, sobretudo na década de 1970, quando o censo “ignorou a cor como dado necessário à caracterização da população brasileira” (Piza; Rosenberg, 1998-1999, p. 125).

Em 1980, o censo volta a ser realizado pelo IBGE, algo que não acontecia desde 1940. Criado em 1936, foi o primeiro a ser realizado por esse instituto. De 1950 a 1970, o mesmo foi realizado pelo Serviço Nacional de Recenseamento, que era integrado ao IBGE. Dessa maneira, entender essa contextualização sobre raça e cor nos censos é importante no panorama da saúde, levando em consideração que essa variável se tornou, e continua sendo, um “determinante de desigualdades sociais e fator de exposição ao risco de adoecimento e mortalidade” (Araújo; *et al.*, 2009, p. 384).

Essa discussão está associada a um problema maior, que é o racismo em suas diversas formas, principalmente o estrutural, que privilegia uma raça ou raças em detrimento de outras. Com isso, delineia relações, sejam elas sociais, políticas ou econômicas, gerando, por meio delas, desigualdades, em especial no acesso aos serviços de saúde, o que contribui para as vulnerabilidades relacionadas ao HIV e à AIDS. Para Garcia e Souza (2010), essas vulnerabilidades frente às ISTs e ao HIV são mediadas por algumas dimensões, sempre definidas na relação com o outro e o meio. Para essas autoras, essa mediação se dá:

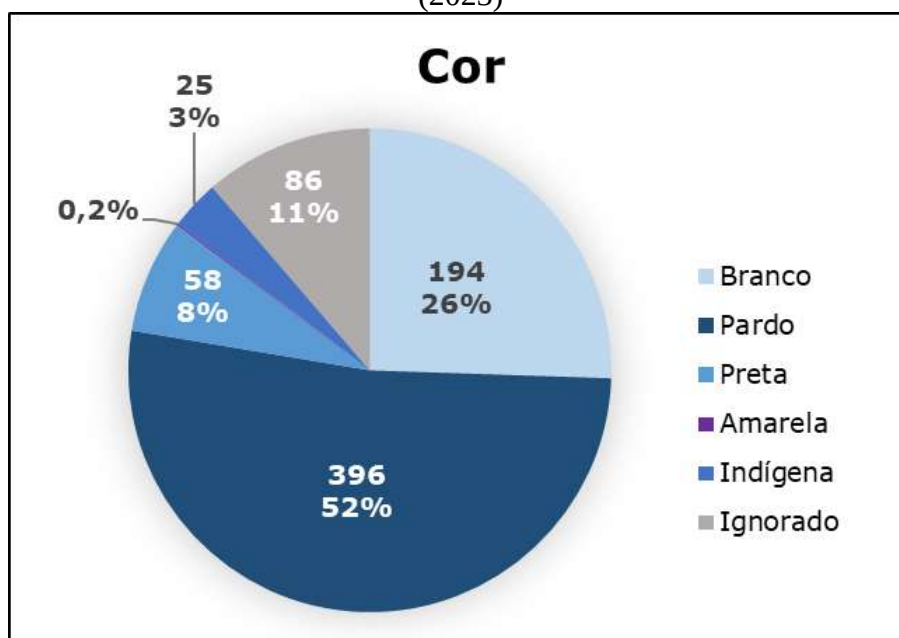
Pela noção de cidadania e de direitos, em especial, o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, à feminilidade e às identidades de gênero, à idade e geração, denominação religiosa, dentre outras dimensões (Garcia; Souza, 2010, p. 11)

No que tange ao HIV, desde seu aparecimento, algumas tendências já citadas, como a pauperização, feminização e a heterossexualização, foram se fixando e modificando o perfil das pessoas que viviam com HIV. No entanto, quando se aborda a questão da raça/cor, a inserção dessa categoria nos bancos de dados nacionais foi tardia, dificultando a identificação desse grupo específico, durante um período, como um dos mais atingidos pelo vírus. Essa identificação muitas vezes era subjetiva e realizada pelo profissional de saúde (via de regra, o médico), quando não havia autoidentificação, levando a incoerências, como se entender como pardo ou preto, ou como somente negras.

No contexto hodierno, essa identificação é feita pelo próprio paciente e considera a sua subjetividade na construção desse banco de dados. Em geral, o panorama nacional coincide

com o representado na cidade de Rio Verde. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2024, em relação à raça/cor dos pacientes portadores de HIV, 80,4% das PVHIV eram representadas por pardos (49,7%) e brancos (30,7%), seguido por pretos, amarelos e indígenas. Do mesmo modo, em Rio Verde, 78% das PVHIV eram pardos (52%) e brancos (26%), seguindo as tendências nacionais, respectivamente. Observe o gráfico 7.

Gráfico 7 – Rio Verde – Auto Identificação da Cor dos pacientes em tratamento – SAE (2023)



Fonte: SAE/Prontuários - Elaborado pelo pesquisador, 2024.

Pensar que, em ambos os casos, a população preta e parda são as mais atingidas pelo vírus subentende que, nas relações geopolíticas-socioespaciais fomentadas historicamente, a população negra sempre esteve à margem. Basta fazer um retorno ao início da epidemia da AIDS (hoje HIV), em que o Haiti e os haitianos eram considerados como os responsáveis por alastrar o vírus para os EUA e o mundo. Discursos eram propagados pelos EUA e pelo CDC, que, de acordo com Cazeiro, Leite e Costa (2023, p. 10), “associou a doença ao país, tendo a imprensa apontando que os haitianos seriam a principal causa dessa infecção”.

Esses e vários outros discursos contribuíram para uma maior marginalização e estigmatização da população negra (pardos e pretos) naquela década e nas décadas seguintes, quando se contabilizou o crescente número de PVHIV pertencentes a este grupo. Logo, essa diferenciação entre pardos e pretos é necessária, uma vez que são grupos distintos e constituídos pela heterogeneidade, devendo ser analisados de formas distintas na base nacional de dados, onde estão armazenadas informações sobre as pessoas que vivem com HIV. Essa

heterogeneidade muito diz respeito à configuração da pessoa parda, onde ocorre uma passibilidade social, por muitas vezes não apresentarem traços negróides ou aproximados.

Tendo isso em vista, é possível fomentar políticas públicas com recorte social, ajudando no controle dessa epidemia, seguindo a proposta mundial de erradicar as contaminações pelo HIV. Algo quase impossível no início dos anos 2000, quando essa categoria começou a fazer parte dos boletins epidemiológicos relacionados ao HIV e à AIDS. Como afirmam Souza, Carmo e Welch (2023, p. 10), “a identificação de segmentos populacionais com maior vulnerabilidade e a realização de ações em saúde direcionadas podem promover igualdade social, equidade em saúde e melhorar o perfil da epidemia no Brasil”.

Outros autores recentes também já contribuíram com esse ideário de responsabilidade do Estado em promover ações sociais para conscientizar as pessoas, em geral, sobre a importância de se prevenir contra diversas doenças, entre elas o HIV. Maia e Reis Junior (2019, p. 187), por exemplo, em relação à assistência na saúde de PVHIV, discorrem sobre a importância da saúde coletiva e das políticas públicas no Brasil. Para eles, essas duas vertentes “têm um grande desafio social e político no que tange aos processos endêmicos constituídos no país, sobretudo aqueles que atingem a população em condições sociais e econômicas mais desfavoráveis”. Mesmo sendo um desafio global, tem ocorrido a promoção de ações de prevenção e tratamento nos pouco mais de 40 anos de combate à doença e ao vírus.

4.2.1.3 Escolaridade, estado civil e suas nuances

Em relação à escolaridade das pessoas que vivem com HIV e fazem tratamento no SAE – Rio Verde, é válida sua discussão, pois, ao analisar as variáveis anteriores, as mesmas se associam, produzindo uma cascata de relações que podem ser observadas e problematizadas.

A priori, é possível afirmar, historicamente, que as pessoas que possuem um grau de instrução mais elevado têm maior acesso aos serviços públicos e privados, como educação e saúde, com mais frequência, ou seja, “que a posição do indivíduo na estrutura social constitui um importante preditor das suas condições de saúde” (Fonseca; *et al.* 2000, p. 78). São serviços essenciais para a promoção do bem-estar de qualquer pessoa ou sociedade. No entanto, essa afirmação é problematizadora a partir da análise realizada sobre qual grupo social o HIV atinge, nesse caso, pretos e pardos.

Essa linha de pensamento induz ao entendimento de que esse grupo, por meio de sua exclusão e segregação social histórica, foi direcionado a uma vida mais precária e, portanto, sem acesso à educação e, por consequência, sem acesso aos serviços de saúde. No entanto, esse

texto não tem a intenção de polemizar, e sim contribuir cientificamente para a ciência geográfica e sua base teórica, no que tange à geografia, à saúde e às suas desigualdades associadas, a partir da discussão sobre o HIV e a AIDS e sua espacialização na cidade.

Desse modo, compreender a influência do nível de escolaridade com o acesso aos serviços de saúde se faz necessário quando é entendido que os usos desses serviços também se relacionam ao comportamento e às necessidades “dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento” (Travassos; *et al.* 2000, p. 134). Isso quer dizer que, entre algumas dimensões ou setores que existem na estrutura dos serviços de saúde, Travassos *et al.* (2000) os descrevem como:

1) o público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios das forças armadas; 2) o privado (lucrativo e não-lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos ou privados; 3) o de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras (em geral de forma parcial), com diferentes níveis de preços e subsídios (Travassos; *et al.*, 2000, p. 135).

O que vai fazer o sujeito escolher entre um deles é sua capacidade financeira, que está diretamente relacionada a um grau de instrução, mesmo que, em alguns cenários, essa relação não possa ser apontada como uma máxima. Entendendo o que é afirmado por Fonseca *et al.* (2000, p. 78), onde a capacidade financeira é que vai posicionar o sujeito na estrutura social, exercendo influência nas suas condições de saúde, ou seja, que a escolaridade, ao gerar um padrão de vida mais elevado, acaba se tornando um “importante determinante da situação de saúde”.

Nesse contexto, pensar a escolaridade como uma variável do nível socioeconômico de uma população, e que ela influi diretamente na busca por serviços de saúde, é primordial para entender as tendências, principalmente a pauperização dos casos de HIV, sobretudo em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento como o Brasil.

Ao analisar os primórdios da epidemia, até então de AIDS, no Brasil, verifica-se que ela “se iniciou nos estratos sociais de maior escolaridade, com progressiva disseminação para os estratos sociais de menor escolaridade” (Fonseca; *et al.*, 2000, p. 84). Fato esse que foi se modificando ao longo dos anos com o avanço nos tratamentos antirretrovirais e com o aumento dos centros de testagem e aconselhamento, que facilitaram a busca por testagem para o HIV e outras infecções. A discursiva apresentada aqui é válida, pois, também, a pessoa que procura se

testar pode realizar todos os exames em estabelecimentos privados, podendo retirar seu medicamento gratuitamente ou fazê-lo particular. Essa situação:

Evidencia a enorme complexidade do sistema de saúde brasileiro, constituído por vários mercados de serviços de saúde, estruturados segundo lógicas de oferta e demanda próprias e seletivas, que se imbricam de forma a agravar cumulativamente o quadro de desigualdades no consumo de serviços de saúde (Travassos; *et al.* 2000, p. 147).

E isso está relacionado à escolaridade, pois, quando se fala em prevenção, essa variável se torna um ponto comum de interesse para entender o aumento do número de casos de HIV, que aumentou em algumas regiões e estados e diminuiu em outros. Geograficamente, se analisarmos o uso dos serviços em geral, há uma polarização, segundo afirma Travassos *et al.* (2000), em que, em regiões mais desenvolvidas, como o Sudeste, ocorre uma utilização maior dos serviços de saúde. Em contrapartida, regiões menos desenvolvidas, como o Nordeste, apresentam menor utilização. Em relação a essa diferença, Pereira *et al.* (2022, p. 22) compreendem que “a escolaridade é um dos indicadores utilizados para quantificar a desigualdade social e cultural de uma população em relação à saúde”.

Nessa conjuntura, quando uma pessoa, seja ela de qualquer origem, ao não ter acesso a uma instrução, uma educação, esta se torna uma aliada no enfrentamento ao aumento de casos de HIV, uma vez que “é um fator protetor contra comportamentos sexuais de risco e IST” (Pereira; *et al.*, 2022, p. 23). São diversas variáveis que orientam a procura ou não dos serviços de saúde, mas a escolaridade é um dos mais importantes. Para Besarria *et al.* (2015):

Pessoas com mais escolaridade têm comportamentos mais saudáveis. É possível perceber que anos adicionais de estudo reduz a probabilidade de se fumar atualmente e aumenta a probabilidade de praticar exercícios físicos, usar cinto de segurança, realizar exames preventivos de câncer do colo do útero e mamografia (Bessaria; *et al.*, 2025, s/n).

Essa afirmação pode ser associada à discussão do HIV e da AIDS. Por isso, a importância da educação, sobretudo a educação sexual, pois a escola acaba sendo associada ao primeiro contato ‘sexual’ dos sujeitos enquanto jovens. Logo, “a maior escolaridade, além de favorecer a compreensão sobre as ISTS, contribui para diminuir os índices de transmissão ao esclarecer e orientar sobre prevenção” (Pereira; *et al.*, 2022, p. 22-23). No entanto, em tempos educacionais conservadores, em que o HIV e a AIDS precisam ser mais discutidos em suas diversas instâncias:

Posturas religiosas e conservadoras têm inviabilizado as atividades de educação sexual nas escolas, o que pode aumentar as taxas de sexo inseguro entre os jovens e a falta de percepção de risco. Isso representa um grande desafio para as políticas públicas voltadas ao controle da epidemia no Brasil (Pereira; *et al.*, 2022, p. 33).

Os discursos retrógrados, que muitas vezes são apresentados e entendidos como verdade absoluta por uma parcela dos pais, apenas contribuem para criar uma onda de discriminação e estigmatização em relação ao HIV, prejudicando a ação de políticas públicas para prevenção e tratamento desse vírus.

É fundamental, portanto, que a educação seja um caminho para a conscientização de que o HIV existe, e que a prevenção precoce é a melhor forma de evitar a sua propagação e agravamento, direcionando, assim, o vírus para a sua doença. Para Batista *et al.* (2023, p. 5) “o conhecimento e aprendizagem limitados, somados a fatores sociais, culturais e econômicos, podem influenciar no desfecho da doença”. Afinal, para esses autores, “pessoas com baixa escolaridade possuem capacidade limitada de apreensão do conhecimento sobre doenças e seus métodos preventivos” (Batista *et al.*, 2023, p. 5).

Portanto, isso está associado a uma condição socioeconômica. Geralmente, quem possui um maior rendimento procura os serviços de saúde com mais constância, em busca de prevenção por meio de exames de rotina, diagnosticando precocemente qualquer enfermidade, inclusive o vírus HIV. Por outro lado, nos extratos sociais de menor rendimento, a busca por esses mesmos serviços ocorre quando o sujeito já está doente (Neri; Soares, 2002).

As estatísticas de Rio Verde se equiparam, mesmo com uma diferença de quase 5%, aos dados nacionais em relação às PVHIV em tratamento e sua escolaridade. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2024, o maior número de casos de HIV identificados era composto por pessoas que tinham o ensino médio completo, correspondendo a 28,2% do total de casos. Já na cidade locus da pesquisa, até esse período, 33,8% dos pacientes se apresentavam com ensino médio completo. Observe o gráfico 8.

Gráfico 8 – Rio Verde: Nível de escolaridade dos pacientes em tratamento – SAE (2023)



Fonte: SAE/Prontuários - Elaborado pelo pesquisador, 2024.

A partir da segunda posição, os níveis de ensino variam entre um ou outro. Por exemplo, ao analisar as cinco primeiras posições, é curioso notar que a porcentagem de respostas ignoradas, contabilizada nesses documentos, apresenta uma diferença exorbitante. Enquanto em Goiás os casos ignorados correspondem à sexta posição, com uma porcentagem de 4,9%, em âmbito nacional essa posição sobe para a segunda, com uma porcentagem de 23,8%.

Desse modo, assume-se “que a maior formação escolar e a adoção de programas de educação em saúde e sexualidade possam diminuir a incidência de casos de maneira duradoura” (Pereira; *et al.*, 2022, p. 23). Essa afirmativa tem que ser levada à sua máxima, afinal, sendo alto o custo para o tratamento de DST's, fazer a preservação desde cedo, por meio da educação, sempre será a melhor opção (Fontes; *et al.*, 2017).

Apesar de algumas divergências, a análise a ser feita sobre a escolaridade na cidade de Rio Verde, mesmo estando acima da média de outras localidades, não se relaciona somente com o acesso ou não à educação. Mas também está associada a variáveis apontadas anteriormente, além de outros determinantes sociais da saúde – DSS, que influenciam diretamente na diminuição ou aumento desses casos, como fatores ambientais, culturais, políticos, entre outros.

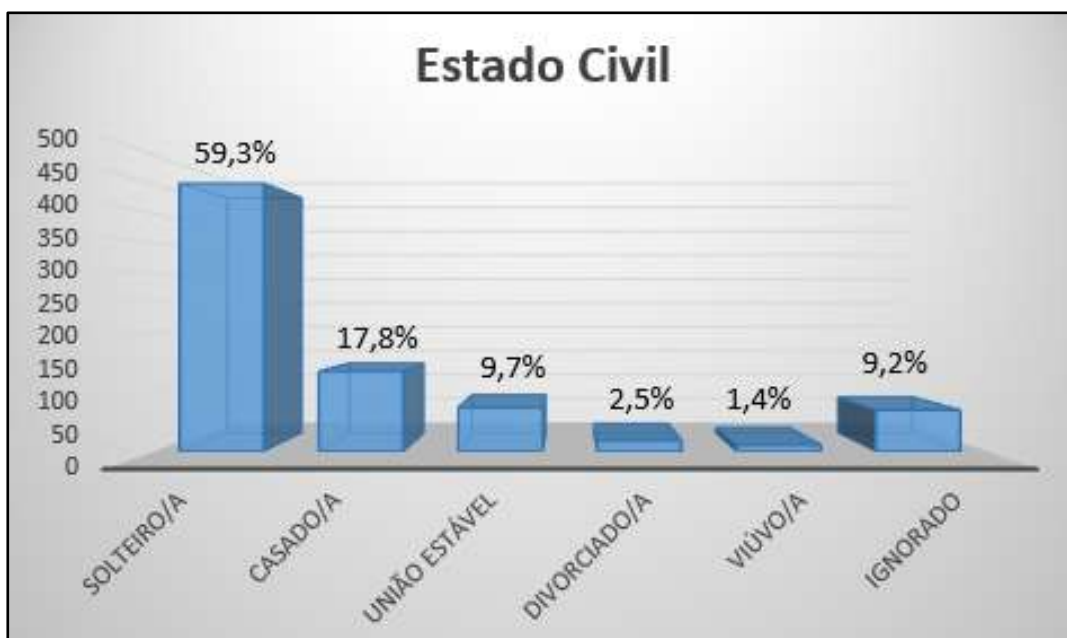
Esses DSS são fatores considerados não médicos. Contudo, influenciam as suas vivências e experiências de saúde e estão relacionados ao ambiente em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, condicionando sua vida cotidiana. Uma variável pouco discutida nessa gama de determinantes diz respeito ao estado civil dessas pessoas que vivem com HIV. No Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2024, essa variável não é apresentada, e, em geral, as estatísticas não coletam esses dados. Fato interessante, pois o estado

civil pode ser um mediador quando se discute grupos de risco e suas possibilidades de se contrair o vírus HIV.

Um exemplo é a presunção de que pessoas que mantêm um relacionamento monogâmico teriam menos chance de se exporem ao vírus, ao passo que pessoas solteiras teriam maior possibilidade de contrair por não estarem em monogamia e por terem uma vida sexual ativa com múltiplos parceiros. Não é uma generalização, apenas uma constatação lógica ao se observar os dados da cidade de Rio Verde.

No que tange ao estado civil, o grande percentual dos pacientes é de solteiros, o que pode levar à discussão sobre a ausência de prevenção, principalmente nas relações sexuais, pois presume-se que, uma vez em um relacionamento monogâmico, o risco de se contrair qualquer infecção sexualmente transmissível é quase nulo. Essa questão também se estende aos pacientes divorciados. No entanto, mesmo em um relacionamento, ocorre sim esse risco, se ambos não se prevenirem. Observe o gráfico 9.

Gráfico 9 – Estado civil dos pacientes em tratamento – SAE (2023)



Fonte: SAE/Prontuários/2023 - Elaborado pelo pesquisador, 2024.

Diante do exposto, observa-se um percentual de 59,3% de PVHIV em tratamento no SAE que são solteiro (a), comprovando, em hipótese, a presunção acima. No entanto, é preciso deixar claro que é uma afirmação hipotética e precisa ser estudada mais a fundo. Afinal, estar solteiro não é sinônimo de promiscuidade, ou seja, não é por estar solteiro/a que, obrigatoriamente, a pessoa está ou necessita estar com múltiplos parceiros sexuais.

Contrapondo a esse número exorbitante de solteiros, 17,8% desses pacientes são casados. Contudo, não é possível afirmar se esses números de casos foram diagnosticados antes ou depois do casamento. Indo mais dentro nessa perspectiva, vale destacar a realidade das relações sorodiscordantes, onde um é positivo e o outro negativo, que podem manter relações sexuais seguras, ou as relações onde os dois podem ser soropositivos, e também manter relações seguras. Além do TARV, em ambos os casos, se faz o uso da PrEP na relação sorodiscordante, associando, nos dois casos, a camisinha para uma prevenção mais segura.

Completando essa variável, respectivamente estão pacientes em união estável com 9,7%, dados ignorados com 9,2%. De pacientes divorciados, tem-se 2,5%, onde, nesse quantitativo, não foi possível determinar se foi em decorrência do diagnóstico de HIV, e, por fim, 1,4% desses pacientes eram viúvos/as. Para além dessas variáveis abordadas neste capítulo, é preciso entendê-las individualmente a priori, para depois fazer as conexões para compreendê-las no todo. Por isso, faz-se necessário compreender “de forma mais ampla como essas determinantes individuais impactam em um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas preventivas” (Fontes; *et al.*, 2017, p. 1351).

Por isso, entender o processo saúde-doença dentro dessas variáveis ou determinantes direciona a uma compreensão mais profunda desse processo. A saúde é complexa e independe da perspectiva em que é abordada, não afetando sua natureza plural. São esses determinantes que equilibram esse processo por meio de “uma multiplicidade de fatores de origem social, econômica, cultural, ambiental e biológica/genética” (Carrapato; Correia; Garcia, 2017, p. 679). No que é sensível ao HIV, o entendimento desses determinantes “é fundamental para o fortalecimento de programas e políticas públicas” (Fontes; *et al.*, 2017, p. 1351).

Por fim, pesquisas como esta, que se utilizam de bases populacionais para compreender como o HIV se faz presente na sociedade, são importantes, diante de um cenário social em que, a cada ano, há um aumento nos números de casos de HIV. Nesse contexto, sobre as pesquisas e suas bases utilizadas, Dartora, Ânflor e Silveira (2017, p. 1921) afirmam que elas “vêm contribuindo para a compreensão desse cenário, assim como dos determinantes da infecção/doença”. Em vista disso, mesmo com as limitações que se apresentaram de diversas formas, seja na coleta e análise de dados, seja na discussão, é preciso observar o HIV/AIDS e seu processo de saúde-doença como um todo, um coletivo, para entender o individual. Em um país como o Brasil, é preciso entender que ele é:

Marcado pelas diferenças sociais, o risco crescente de pessoas pertencentes aos segmentos populacionais menos favorecidos ante o HIV/AIDS certamente lança novos desafios à sociedade e aos profissionais engajados no controle da doença. As

medidas de prevenção devem contemplar, de forma culturalmente sensível, grupos populacionais de todas as regiões do país, com diferentes graus de acesso aos serviços e engajamento nas instâncias da sociedade civil organizada, e, certamente, com distintos níveis de compreensão e percepção de sua vulnerabilidade diante do HIV/AIDS, e diferentes possibilidades de participar e influir nessas e nas demais políticas públicas e movimentos sociais (Fonseca; *et al.*, 2000, p. 86)

Só assim se construirá uma sociedade embasada no princípio da equidade, tanto na oferta de serviços quanto na qualidade de atendimento à sua população, em especial as pessoas que vivem e convivem com o HIV. Sendo esse grupo mais estigmatizado, essa equidade tem que ser entendida como igualdade de oportunidades para o acesso a esses serviços de saúde, sendo comum a todos que procuram ajuda, seja na prevenção, testagem, aconselhamento, tratamento ou acolhimento, e envolvendo multifacetados atores na consolidação do seu direito de viver. Em geral, é um grupo bastante variado.

CAPÍTULO 5 VOZES QUE VIVEM O HIV: EXPERIÊNCIAS, SUBJETIVIDADES E CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

A DOENÇA é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país (Susan Sontag, 1984).

Na abordagem textual deste capítulo, é apresentado uma discussão acerca das falas de pacientes que fazem tratamento antirretroviral no Serviço de Assistência Especializada – SAE. A princípio, é contextualizada a importância de uma abordagem qualitativa e geográfica em uma temática tão complexa como o HIV e sua espacialização para a compreensão de um fenômeno complexo, que vai desde a descoberta da sorologia positiva e suas intercorrências, da aceitação às suas vivências cotidianas, levando em consideração a subjetividade e sua relação com o corpo e o espaço. Para isso, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, que enfatizaram a importância desta subjetividade apresentada por esse paciente vivendo com HIV, a partir de seu diagnóstico e suas percepções acerca do espaço que ele consome e a relações sociais que mantém no mesmo. Além disso, entender suas experiências, bem como a influência exercida pelo espaço social nas mesmas, demonstrando se há ou não desigualdades no acesso aos serviços de saúde, nas relações cotidianas, tendo em vista sua qualidade de vida e perspectivas futuras, analisadas em um contexto interdisciplinar. Neste capítulo, em alguns contextos, será utilizado o termo AIDS para se referir ao HIV, quando a discursiva envolver a historicidade da epidemia, que inicialmente era comumente chamada de epidemia da AIDS, que, ao longo e mais de quarenta anos depois, foi se reconfigurando, passando a ser identificada também como epidemia do HIV.

5.1 A IMPORTÂNCIA DAS NARRATIVAS DE PACIENTES NA SAÚDE

A doença, na visão de Sontag (1984), cedo ou tarde, de diferentes maneiras, irá se manifestar no corpo material, independente da sua posição social. Cabe a cada um, individualmente, reagir da melhor forma, mesmo que, em alguns casos, isso não seja possível, diante do inevitável.

A doença, de acordo com Sontag (1984), se torna parte de si, da sua identidade, seja aguda ou crônica. Desse modo, é preciso percebê-la como algo que reconfigura o ser, sem, para isso, retirar a sua essência. Com isso, pensar a saúde é pensar a sua inserção no espaço

geográfico onde esse corpo material está submetido. Logo, uma pesquisa geográfica neste campo, bem mais que compreender o processo-saúde dentro deste espaço, é preciso, também, conhecer os sujeitos que fazem parte desse processo. Nesse cenário, compreender as narrativas que vivem o HIV mostra a importância de valorizar esses sujeitos, muitas vezes marginalizados pela sociedade diante do seu diagnóstico.

Nos primórdios da epidemia, o estigma com os portadores desse vírus, ou como eram identificados – portadores da AIDS – era sem máscaras. Em vista disso, pensar a sociedade como discriminatória e propagadora desses estigmas, em um período onde pouco se sabia sobre HIV-AIDS, é uma realidade que ainda prevalece, mesmo que em menor ocorrência. Para reforçar essa afirmação, adiante será discutido sobre o conservadorismo social na contemporaneidade e como isso afeta as pessoas que vivem com HIV.

Sendo estigmatizados e sofrendo preconceito e discriminação ao longo das décadas de 1980 e 1990, as pessoas que viviam e ainda vivem com HIV começaram a perder sua identidade, sendo excluídos e vivendo em nichos, tentando esconder seu diagnóstico e vivendo às margens da sociedade, se comparando a párias. Isso tudo fomentado por uma sociedade segregada e segregante. Paiva (1992, p. 61), nessa discussão, explica que “o portador ou doente de AIDS não traduz uma identidade coletiva, necessidades iguais. O que compartilham é o estigma sombrio que a construção social da doença produziu”.

Posto isso, entende-se que o preconceito e a discriminação ainda são presentes nessa sociedade. Mesmo que ela tenha se reconfigurado: desde as formas de discriminação até as representações acerca do HIV e os novos tratamentos que surgiram, tanto para supressão quanto para evitar sua infecção. Se antes o paciente tinha como certo o prognóstico da morte, “os avanços da medicina que transformaram a infecção por HIV numa condição crônica relaxaram a sentença de morte iminente” (Giovannetti; Évora, 1997, p. 129).

Sobre essas representações, elas estão direcionadas em vários contextos interseccionais: política, poder, corpo, espaço social, tratamento, direitos, morte, entre outras. Assim, as vozes que vivem o HIV estão inseridas nessa interseccionalidade, que é perene e mutável. Pois, ao mesmo tempo em que empoderam e permeiam as PVHIV em um cenário de aceitação e de ser detentora de direitos, em seguida, os marginalizam e os estigmatizam em função de outros objetivos que não englobam a atenção em saúde a esse grupo específico.

Antes de ouvir as vozes desses sujeitos, é preciso compreender a trajetória social do HIV e, por conseguinte, da AIDS, e como esse dispositivo modificou e reconfigurou as relações cotidianas na sociedade. A priori, com um diagnóstico positivo, o sujeito é orientado por um autoquestionamento: Como? Onde? Com quem? Por quê? Que vem associado a um discurso

preventivo. Este, que tem como principal componente, denominado de “dispositivo da AIDS”, de acordo com Pelúcio e Miskolci (2009). Dispositivo esse, que, explicado por Foucault (2000, p. 244), é um “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, filantrópicas e morais”.

Dispositivo esse que também é materializado, de alguma forma, pelo dito e o não dito, seja na construção de saber, seja no estabelecimento de poder, sobre a PVHIV, controlando e produzindo verdades que vão moldar as subjetividades que, “no caso da AIDS, são subjetividades marcadas pela culpa e pela impureza, sintetizadas nos seus desejos tomados como ameaçadores da ordem social” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p. 130).

Tudo isso tem início pelo fato dessa epidemia, que se iniciou na década de 1980, evocar, na explicação de Vianna (2021, p. 158) “elementos do imaginário de epidemias do passado somado às especificidades de seu tempo”. Desse modo:

A síndrome da imunodeficiência humana, cujo patógeno e formas de transmissão eram inicialmente desconhecidos, chamou atenção pelas características de suas primeiras vítimas – homens homossexuais, fomentando o preconceito com sexualidades fora da norma heterossexual (Vianna, 2021, p. 158).

Esse ideário somente reforçou uma norma heterossexual, que vem desde o século XIX, tentando “patologizar as sexualidades dissidentes” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p. 127). Criando, então, uma perspectiva moral e acusadora dessas sexualidades, direcionado ao sexo homossexual, o concebendo como irresponsável. Ou seja, sua prática foi associada à doença, criando “discursos moralizantes em uma estratégia de convencimento para que os ‘desviantes’ adotassem condutas não arriscadas” (Pelúcio; Miskolci, 2009, p. 138).

Fomentou-se um discurso, então, que apontava as pessoas que contraíram o HIV como promíscuas, fato que, na realidade científica atual, é inconcebível, pois gera mais preconceito a esse grupo, mesmo o termo promiscuidade sendo “largamente utilizado como sintetizador das sexualidades dissidentes que seriam causadoras da AIDS” (Vianna, 2021, p. 161).

Partindo desse proposto, é lembrado a qualquer sociedade que a AIDS, doença decorrente do HIV, um vírus invisível que não é identificado em uma pessoa em TARV, pode permear diferentes grupos sociais e, por isso, sem exceção, deve ser combatido sem distinção. É assim que se têm construídas subjetividades positivas ou não, no que tange ao HIV.

E são essas subjetividades, que por anos foram criadas e reconfiguradas, fazendo morada no imaginário não somente dos pacientes, mas, também, na sociedade em geral, que muitas

vezes se nega a enxergar uma realidade atual bem diferente da vivida nos primeiros anos de epidemia. Vale lembrar o papel do “aidético”, massivamente divulgado para identificar o paciente vivendo com AIDS. Resultado de uma saúde pública que fomentou essas e outras identidades epidemiológicas, onde, ao mesmo tempo, promove inclusão e exclusão por meio de símbolos e significados.

Um dos maiores símbolos, seja na representação social, seja como resistência, é o corpo e como ele está inserido no espaço. Para entender a sua importância, faz-se aqui o uso do termo “ocupação” como premissa da conquista de direitos e resistência, diante de uma sociedade excludente com o que define, no caso das PVHIV e outros grupos marginalizados, serem merecedores ou não de pertencerem à mesma.

O corpo, a máquina humana em constante funcionamento, está inserido em uma realidade geográfica, que se configura na forma do espaço, seja ela qual for. Por isso, pensar o corpo como um objeto político se faz necessário para a compreensão desse espaço e suas inter-relações com os corpos positivos no processo saúde-doença.

Nesse contexto, compreender a relação corpo-espaço é identificar uma relação de soma, onde um não existe sem o outro. Bragioni e Araújo (2020, p. 52), ao discutirem essa relação, afirmam que “o espaço, por si só, sem considerarmos o corpo que o permeia e o habita, não existe. Ao mesmo tempo, o corpo não existiria sem o espaço, uma vez que ele faz parte das histórias dos lugares, dos territórios e das paisagens e pode ser retratado de diversas formas”.

Essa afirmação corrobora com o escrito de Tuan (1983, p. 11), que já discutiu sobre o espaço em uma perspectiva da experiência. O corpo, em sua ânsia de adquirir novos conhecimentos, se utiliza da experiência do novo para alcançá-los. Essa experiência é “constituída de sentimento e pensamento”, ou seja, ela é consciente e precisa do espaço para se configurar, pois ele está em constante movimento, não é estático. Nessa conjuntura, compreende-se que:

O espaço é experienciado quando há lugar para se mover. Ainda mais mudando de um lugar para outro, a pessoa adquire um sentido de direção. Para frente, para trás e para os lados são diferenciados pela experiência, isto é, conhecidos subconscientemente no ato de movimentar-se. O espaço assume uma organização coordenada rudimentar, centrada no eu, que se move e se direciona. (Tuan, 1983, p. 13).

Mas, por que essa questão do corpo é explorada nessa discussão? O HIV se utiliza desses corpos como forma de disseminação no espaço, por meio do movimento, da ação desses corpos, constituindo subjetividades e vivências. Estas, que são produzidas por:

[...] pessoas de distintas classes sociais, etnias, gêneros e papéis sociais, fluem através de fixos e constroem arranjos, complexidades e cenários diferentes. [...] Por isso, é possível pensar o espaço não somente pela relação sujeito/objeto, mas também pelos contatos entre sujeitos/sujeitos, e destes com seus próprios corpos (Bragioni; Araújo, 2020, p. 51).

No panorama do HIV, desde o seu aparecimento até a contemporaneidade, ele foi se configurando, criando diversos cenários, fomentando políticas, sendo alvo de grupos conservadores, entre outras concepções. Isso, graças a essas relações entre sujeito-espaço/corpo-espaço e entre sujeito-sujeito/corpo-corpo, que devem ser pensadas em uma relação interseccional da geografia com o corpo, que, na perspectiva de Bragioni e Araújo (2020, p. 52), “significa conceber que o espaço geográfico é constituído por uma materialidade animada, misturada e marcada nos corpos e, ao mesmo tempo, que esses corpos se aportam no espaço e no tempo, atravessados pelas intensidades com as quais experimentam o mundo”.

Se Tuan (1983) já afirmava que a experiência no espaço é necessária, Bragioni e Araújo (2020, p. 53) discorrem que “o corpo pode ser entendido, então, como sinônimo de espaço praticado, [...] Isto posto, toda experiência corporal é, por definição e princípio, uma experiência espacial”.

No mundo vivido, de experiências cotidianas dos sujeitos, para as PVHIV, o devir intrínseco destas é fundamental para compreender o processo saúde-doença desses sujeitos: da descoberta de um diagnóstico positivo ao seu tratamento antirretroviral, culminando no seu cotidiano ordinário, convivendo com uma enfermidade crônica, criando permanências no seu espaço, no seu lugar.

Ademais, é importante destacar, nesse espaço experienciado, a cultura na qual estão inseridos esses sujeitos. Laraia (1986, p. 45), ao propor o conceito de cultura em uma abordagem antropológica, afirma que “o homem é resultado do meio cultural em que foi socializado”. Desse modo, é justo pensar que cada socialização realizada por um sujeito é uma experiência, e esta, sendo de qualquer tipo, vai envolver o corpo e as ações realizadas por ele. Para Santos e Sousa (2024, p. 9), o “corpo é o lugar onde toda a percepção acontece”. Por isso, alguns autores como Merleau-Ponty consideram o corpo como essencial, a partir de sua abordagem fenomenológica. Logo, não existe experiência sem corpo. Portanto, o conhecimento gerado por uma experiência pode ser interpretado como “um objeto da cultura, um meio de expressão e de comunicação e, portanto, uma produção da subjetividade” (Nóbrega, 2008, p. 147).

Para uma pessoa que vive com HIV, entender seu corpo e seu papel no espaço deve levar em consideração suas relações, principalmente às espaço-temporais, e sua compreensão “[...] entre práticas materiais, representações, imaginários, instituições, relações sociais e estruturas de poder político-econômico” (Harvey, 2004, 178). O corpo é condicionado a existir no espaço por meio de tramas espaciais, dando sentido a ele (Lima, 2023). Essa ideia coaduna com o que Lefebvre (2006, p. 238) já discutia, afirmando que “o corpo vivo se produz no espaço e ao mesmo tempo produz esse espaço”, relacionando-se com o espaço vivido, este que “[...] situa-se como espaço da vida cotidiana, o espaço dominado pela dinâmica distância-proximidade; proximidade que é a partir do meu corpo, ‘ponto zero de toda localização espacial’” (Lima, 2023, p. 99). Tudo isso configurando, então, uma “ação recíproca entre o meio social e a condição humana” (Trinca, 2008, p. 11).

Nesse cenário, o conceito de *habitus*, muito discutido por Bourdieu (2001), corrobora na tentativa de entender o corpo, pois sua discursiva é direcionada às práticas corporais, configurando uma forma de ser no mundo, ou seja, um corpo social, que, de acordo com Medeiros (2011, p. 285), “é o corpo do indivíduo portador do *habitus*, como um sistema de disposições duradouras que geram e estruturam práticas reguladas que são incorporadas e inconscientes, por isso regularmente reproduzidas”.

Sendo portador do *habitus*, esse corpo torna-se social “[...] forjado nas e pelas relações sociais” (Medeiros, 2011, p. 285), associando o individual ao coletivo. Essa concepção faz alusão ao quadro atual, onde o HIV e as pessoas que o vivem praticam esse *habitus*. Ou se tem consciência de seu diagnóstico, o entende e o aceita, seguindo um *modus operandi* padrão de pensar, pois o HIV é crônico; ou apenas se acomodou e se utilizou do *habitus* para se inserir na sociedade.

Em ambos os casos, um direcionamento é certo: o HIV é presente, e as tentativas de mascará-lo em uma sociedade fazem com que o corpo perca sua identidade. Não é uma questão de expor o seu diagnóstico, mas saber se reconstruir enquanto sujeito de uma sociedade. Nesse sentido, é importante reconhecer:

A relevância de identificar os processos de construção do corpo social e analisar as consequências da formatação de corpo e da construção do indivíduo com uma *self-image* (imagem de si) específica e a contribuição deste indivíduo para sua própria reprodução social (Medeiros, 2011, p. 286).

Essa afirmativa corrobora com o que Bourdieu (2001, p. 165) explica sobre a existência do ser estar dependente de um corpo. Para ele, “é preciso um corpo para existir no mundo, para

ser incluído no mundo”. Logo, essa existência, a partir de uma construção social, vai determinar sua posição e ocupação no espaço social (Medeiros, 2011).

De fato, a geografia, e tampouco a geografia da saúde, não podem ignorar o papel do corpo para entender as subjetividades e experiências de PVHIV, e outras vivências, em um determinado espaço, fomentado por corporeidades e “[...] pelos sujeitos sociais, que, nas relações de trabalho e representações, forma parte da produção histórica e social do espaço” (Ramos; Milani, 2022, p. 2).

É nessa relação entre corpo e suas interações sociais que vão se produzir espaços, dando sentido e representação ao mesmo. Ramos e Milani (2022, p. 2) explicam, nesse contexto, que:

O espaço na sua constituição material, lógica e simbólica, ou ainda, como instância econômica, política e cultural são construções sociais mediadas pelos sujeitos. E é como corpo que os sujeitos são tangíveis, concretos e contraditórios. Disso resulta, um espaço corporificado, denso de distinções sociais, classificações, afetos, memórias e outras tantas dimensões que são parte da permanente construção social e espacial do mundo. Portanto, é na corporeidade que os sujeitos são e estão no mundo. Como corpo se distinguem e se identificam, bem como, são parte do espaço e do tempo (Ramos; Milani, 2022, p. 2).

Dessa maneira, a dissociação do corpo com a geografia deveria ter mais importância, uma vez que o corpo é político e está inserido em um campo político, onde são vigiados para a compreensão e o seguimento de normas, como afirma Foucault (1997):

As relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado, calculado e utilizado); o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (Foucault, 1997, p. 28).

É nessa condição, que se apresentam os corpos que desafiam as relações de poder, em busca de permanências e reconhecimento como pertencentes da sociedade, fazendo sua relação com a ciência geográfica ainda mais necessária. Sobretudo na espacialização ou espacialidade do corpo, que, de acordo com Haesbaert (2020), foi negligenciado pela geografia e outras ciências, fato esse que foi se dissipando com o avanço dos estudos de gênero e movimentos feministas. Isto pode ser evidenciado no entendimento de que os corpos podem ser compreendidos como espaço, a partir de suas experiências. Campos e Silva (2020, p. 104) explicam que essa experiência “é simultaneamente corporificada e espacial”, ou seja, foi

materializada pela percepção do próprio corpo como um espaço da sua existência, por meio de suas imperfeições, “e isso pressupõe considerar as diferenças dos corpos que são componentes do processo” (Campos; Silva, 2020, p. 104).

Portanto, “é pelo corpo que percebemos o mundo ao nosso redor” (Santos; Sousa, 2024, p. 18). E, ao perceber esse mundo, é que o corpo se reconhece no/pelo espaço. Ao ser corpo e dispor de um corpo, para Merleau-Ponty (2018, p. 205), é o mesmo que “estar atado a um certo mundo, nosso corpo não está necessariamente no espaço: ele *é* espaço”. Além disso, “os fluxos de poder agem sobre o corpo que não é um espaço passivo, ele pode se ajustar e internalizar a ordem, mas também criar resistências” (Campos; Silva, 2020, p. 105).

Em vista desta narrativa, no que tange ao corpo e sua interação no/pelo/como espaço, é que entender as subjetividades das PVHIV em um contexto urbano é compatível com uma realidade da saúde atual, onde os direitos das minorias têm sido colocados sob o escárnio de grupos políticos, sociais e conservadores. Portanto, entender uma cidade como Rio Verde, *locus* desta pesquisa, como uma cidade saudável é essencial, uma vez que, na conjuntura atual, ela se encaixa no conceito proposto por Remoaldo e Nogueira (2010, p. 132) sobre essas cidades. Para essas autoras, essas localidades “são territórios que procuram proporcionar às suas populações mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhes desenvolver ao máximo as suas potencialidades”. E são os sujeitos (PVHIV/corpos) que vão desenvolver essas potencialidades.

Como já descrito, a geografia negligenciou o conceito de corpo no seu escopo científico por muito tempo. Um dos poucos autores que se utilizaram desse conceito foi Milton Santos (2004b), mas sempre na figura do homem-cidadão, subordinado à maquinaria das estruturas para a produção de objetos e ações (Santos, 2006). Também é nesse contexto que o conceito de dissidência é relevante para a compreensão de que o corpo, esse que é espaço, inserido no conjunto de objetos e ações, mutável, diagnosticado como portador do HIV, é um objeto, uma categoria geográfica que deve ser valorizada, juntamente com outras vertentes ainda pouco exploradas, mas muito censuradas, como uma perspectiva fenomenológica e a compreensão feminista e das sexualidades no campo da geografia.

Com isso, reforça-se a ideia de que as subjetividades trazem, à luz da pesquisa geográfica, uma visão mais humanista desse corpo positivo e o devir que o mesmo enfrenta no seu cotidiano. Por isso, pensar uma saúde para todos é importante, haja vista que a diminuição de taxas de mortalidade e de morbidade em relação ao HIV e outras doenças é uma das premissas da oferta de saúde com base na equidade, integralidade e igualdade.

Tanto é que o combate ao HIV e à AIDS foi uma das metas do milênio, que, aprovadas em 2000 pela OMS, teriam um prazo limite de quinze anos para serem alcançadas, vencendo

em 2015. Prorrogadas por mais quinze anos, essas metas incluíram como objetivo a promoção da sustentabilidade ou do desenvolvimento sustentável, que, na sua reformulação, abrangeu toda a saúde e bem-estar da população ao redor do mundo, inclusive a luta contra o HIV e a AIDS, para serem alcançadas em 2030.

São apenas alguns fatos entre tantos que induzem à busca por uma vida mais saudável, principalmente para as PVHIV, que têm seu sistema imunológico mais frágil. Por isso, o TARV, financiado pelo Estado junto ao Ministério da Saúde, fez história ao oferecer gratuitamente o medicamento a esses pacientes portadores do vírus, aumentando sua expectativa de vida. Entretanto, ainda se discute muito pouco sobre suas vivências e experiências de vida, suas vozes. Isso se deve muito a uma imagem que foi construída associada à AIDS na época do seu surgimento.

O modo como o paciente portador da AIDS¹⁸ era retratado imagetivamente pela mídia mostrando um corpo debilitado, extenuado, com magreza extrema. Essa imagem do doente de AIDS foi muito propagada, promovida pela abordagem epidemiológica e ao olhar médico, que, à época, sem muito conhecimento sobre essa epidemia e seu agente etiológico, resultou em informações sem fundamentação científica, associadas ao pouco investimento do Estado no seu combate e orientados por certezas que não eram absolutas. Pelo fato de atingir grupos vulneráveis e marginalizados, Portinari e Wolfgang (2017) afirmam que:

A pseudo certeza que levava as autoridades a acreditarem que a AIDS era uma doença restrita a grupos muito específicos foi a mesma que levou ao descaso com relação ao cuidado e à prevenção. A AIDS era considerada distante e não prioritária, fazendo com que os investimentos em cuidados e pesquisa fossem deixados para segundo plano (Portinari; Wolfgang, 2017, p. 48).

Aumentando, então, os casos de HIV e, conseqüentemente, de AIDS, produzindo um estigma social cada vez maior em relação ao vírus e à doença, e às pessoas que o vivem e convivem. Por isso, as vozes desses sujeitos devem ser ouvidas e suas experiências compartilhadas, e não internalizadas, mesmo que anonimamente. A geografia da saúde, bem como outras ciências, deve se utilizar desse sujeito/corpo e desbravar suas vivências, dando sentido às suas falas. Tuan (2018), ao discorrer sobre o lugar e como ele é legitimado pela experiência, entende que esta última deve ser ativa (ação e reflexão), em contraponto a uma experiência passiva (recepção de informação). Para esse autor, as experiências passivas “[...]”

¹⁸ Apesar da AIDS ser a doença decorrente de um não tratamento ao vírus HIV, no início da epidemia acostumou-se a identificar, tanto a epidemia quando seus pacientes como epidemia da AIDS, que alguns ainda utilizam, e doente ou portador da AIDS. Isso fez com que se criasse a figura do Aidético, já citado anteriormente e explicado a seguir.

são sentidas profundamente, mas difíceis de serem expressas” (p. 11). No entanto, ao tomarem sentido porque são vividas, elas podem, e “[...] devem adquirir forma e visibilidade” (Tuan, 2018, p. 12). Ao materializar-se no espaço, configurando experiências ativas, o espaço se torna lugar, esse que é passado, presente e futuro, que “[...] começa como espaço indiferenciado, transforma-se em lugar à medida que o conhecemos melhor e o dotamos de valor” (Tuan, 1983, p. 6).

Assim, esse produto de tese culmina com a apresentação de vozes que vivem o HIV, subjetividades que, mesmo não expressadas externamente, estão presentes no seu íntimo, na sua dinâmica socioespacial, principalmente pautadas nas suas relações sociais e espaciais com o meio e com outros sujeitos, configurando o espaço em lugar das suas vivências e experiências cotidianas.

5.2 O TERRITÓRIO E A CONSOLIDAÇÃO DAS SUBJETIVIDADES

Este produto de tese, em sua discussão, se apoiou no conceito de espaço para entender como este se apresenta diante da inserção de temáticas de saúde, como a epidemia do HIV e suas interseccionalidades, importantes para o desenvolvimento desse texto. Nesse sentido, é possível entender a relação espaço-saúde como binômio essencial para a discussão da saúde pela ótica do espaço, haja vista que é no espaço onde grupos sociais distintos reproduzem sua história e sua cultura, criando sentidos de pertencimento e configurando o lugar, pois são “[...] são conceitos inseparáveis” (Suess; Leite, 2017, p. 166). Para Cardoso, Costa e Silva (2020, p. 56) esse “sentimento de pertencimento, vinculado com a identidade, produz território, fruto da violência, experiência e o usos que o sujeito lança sobre o mesmo”. Assim, o território associado ao lugar forma um binômio fundamental para se compreender as subjetividades e relações de poder que as influenciam. Nessa perspectiva, é preciso entender o território-lugar, descrito como:

[...] uma das formas para compreender e explicar as relações de poder, as identidades, os pertencimentos, as diferenças etc. (...). O território-lugar constitui-se numa relação espaço-tempo em que o povo vive, sente, percebe, aspira, sofre, interage (social, espiritual e naturalmente), coopera, disputa, luta, resiste, degrada, preserva, é extorquido, explorado e subordinado (Saquet, 2014, p. 27).

Com a inserção de uma narrativa acerca do território, no quadro apresentado, não se pretende minimizar ou comparar a discussão construída ao conceito de espaço. Entende-se que são diferenciadas proposições. No entanto, são conceitos indissociáveis e interseccionais. Se,

por um lado, a saúde relacionada ao espaço tem a sua abordagem direcionada aos determinantes físicos da saúde a partir das relações sociais e naturais, explicando a discursiva do corpo identificado como espaço, por outro, temos a saúde se relacionando ao território, abordando diversos aspectos presentes na sua relação com o espaço, como sociais, culturais e políticos, mas que agora são permeados pelas relações de poder, que mesmo no espaço já se apresentavam, configurando as condições de saúde.

Se a narrativa utilizou o espaço e os seus aspectos geográficos para entender a trajetória do HIV, agora essa narrativa insere o território para compreender a formação da identidade das pessoas que vivem com HIV, influenciadas nas/pelas relações de poder. Além do corpo-espaço, insere-se o corpo-território nessa abordagem, evidenciando esse corpo não somente como um organismo biológico, mas também como um território vivido, que se molda a partir dessas relações.

Ademais, o território, nesse contexto, é local de reprodução de vivências. Assim como no espaço, ambos, em suas particularidades, conjuntamente, tanto desvelam como as desigualdades podem ser construídas socialmente, apontando para uma geografia mais crítica, quanto fortalecem as lutas sociais por meio da conquista de um corpo autônomo. Se o espaço oferta matéria bruta, o território configura sua luta e história.

Para pessoas que vivem com HIV, essa luta é maior ainda, pois, além de não ter cura, muitas vezes são vistos como responsáveis pela epidemia, que outrora tinha prognóstico negativo e, hoje, mesmo com seu status de doença crônica, ainda direciona a debates sociais, mais com caráter discriminatório do que preventivo.

É nesse cenário que se tem a compreensão da importância de escutar e interpretar as vozes que vivem esse HIV. Em um quadro político que sofre interferências de grupos conservadores, já discutido anteriormente, essas vozes podem e devem ser ouvidas, sobretudo porque:

O atual contexto se apresenta por meio da heterogeneidade e/ou pluralidade de experiências do viver com HIV/AIDS, reconhecendo fatores ou marcadores sociais como gênero, diversidade sexual, classe, etnia/ raça, geração/idade etc. Tudo isso evidencia um grave problema de saúde pública, cujas experiências, mobilizações e respostas caracterizam-se por interseccionalidades e pluralidades societárias ou culturais (Valle; Margulies, 2022, p. 15).

E é essa pluralidade/heterogeneidade citada que constitui uma sociedade contemporânea e deve direcionar as políticas públicas, especialmente nas cidades, que, a partir dos processos de urbanização, causaram impacto “[...] nos perfis de morbimortalidade das populações”

(Bosquat; Cohn, 2004, p. 556). Com isso, de acordo com essas autoras, “a cidade se tornou o local por excelência de desigualdade e pobreza” (*Ibidem*).

Isso impacta diretamente no acesso aos serviços de saúde, onde desigualdades sociais que surgiram precisavam ser combatidas. Para Adorno (1999, p. 21), “foi a cidade e o desenvolvimento urbano, portanto, que também contribuíram para esta visibilidade, a de passar a ter a diferença e a desigualdade social como um problema a ser resolvido”. Isso faz com que a luta por acesso a esses serviços se intensifique em algumas situações, como no caso do HIV. E, às vezes, é por meio das subjetividades que essa luta se fortalece. No entanto, fazer essas vozes serem ouvidas é uma barreira a ser superada. Em razão, sobretudo, da abordagem que é feita em relação ao HIV e à AIDS, que, de acordo com Lelis (2006, p. 71), estão permeados por “três componentes extremamente complexos: o sexo, ao qual a AIDS estaria relacionada de maneira muito direta; a moral, que é consequência de a doença estar relacionada à sexualidade, ao comportamento sexual de cada um; e a morte, o medo de morrer”.

Esses três componentes foram muito associados às pessoas portadoras do HIV e da AIDS no início da epidemia. Utilizados para representar as PVHIV, estavam relacionados ao sensacionalismo que se criou em torno da doença e do comportamento desses portadores. Desse modo, é preciso compreender o vírus e a doença como um caso de saúde pública, devido à sua complexidade enquanto tratamento e prevenção, que, se não realizada, pode aumentar significativamente a mortalidade por sua causa, e não como uma questão sexual ou moral, divulgada massivamente em outros tempos como verdade.

Ressalta-se, mais uma vez, a importância, então, de se ouvir essas vozes e suas subjetividades. Estas foram recolhidas em forma de entrevistas orais e interpretadas pelo seu conteúdo, utilizando-se, para isso, a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016, p. 41), que a descreve como “um conjunto de técnicas de análises de comunicações”. Comunicação esta que tem como matéria-prima a comunicação verbal em forma de entrevistas, que “[...] ela expressa um significado e um sentido. Sentido que não pode ser considerado um ato isolado, já que a emissão das mensagens está necessariamente vinculada às condições contextuais de seus produtores” (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021, p. 101).

Na análise qualitativa da pesquisa, fazer a interpretação dessas comunicações tem um significado singular, pois ela “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2007, p. 24), com vista a compreender a realidade. Logo, a importância da Análise de Conteúdo, que “[...] analisa com profundidade a questão da subjetividade, ao reconhecer a não neutralidade entre pesquisador, objeto de pesquisa e contexto” (Cardoso; Oliveira; Ghelli, 2021, p. 100). Isso porque o

pesquisador deve interpretar e fazer suas inferências; também precisa ultrapassar a barreira superficial dos dados coletados, dando significados ao seu conteúdo, fazendo isso de maneira implícita, utilizando três etapas específicas: a pré-análise, a exploração de dados e o tratamento dos resultados (Bardin, 2016).

Para encontrar alguns resultados relevantes para a pesquisa, foi utilizado um roteiro semiestruturado, com perguntas objetivas e discursivas, tendo em vista a participação do paciente em tratamento de HIV no SAE. Foi cedida uma sala privada ao pesquisador e, com apoio dos recursos humanos do SAE em abordar o paciente, explicar a proposta da entrevista e o aceite em realizá-la, foram entrevistados 25 pacientes, dentre os quais 24 entraram nos critérios de inclusão. Uma foi descartada, pois foi identificado, no início da entrevista, que o mesmo não fazia tratamento antirretroviral, e sim tratava hepatite B crônica.

No decorrer das entrevistas, gravadas e depois transcritas, o pesquisador encontrou dificuldades em conduzir algumas delas, por vezes não seguindo o roteiro pré-determinado, direcionado, nesses casos, pela dificuldade em obter respostas a algumas questões e pela percepção do desconforto de alguns entrevistados, optando por não abordar alguns questionamentos, encerrando precocemente a entrevista. Em alguns casos, respostas de perguntas ainda não realizadas eram precocemente respondidas, fazendo com que a entrevista fluísse mais rápido. Em outros casos, algumas perguntas recebiam respostas monossilábicas, fato que orientava o encerramento da entrevista precocemente.

Tendo isso em vista, a interpretação e análise das mesmas não perde sua qualidade, inserindo reflexões profundas acerca da temática abordada, do local em que se realizou a entrevista e da condição de saúde dos entrevistados, que, de acordo com Fraser e Gondin (2004, p. 140), “[...] permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo”.

Em geral, todos os entrevistados estavam dentro dos critérios de inclusão, não havendo intercorrências em que a entrevista precisasse ser interrompida. Ademais, em vista das dificuldades, a análise de conteúdo priorizou alguns pontos específicos para fruição da narrativa final desta tese.

5.3 EXPERIÊNCIAS DOS PACIENTES: UMA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Antes de se aprofundar nas análises das entrevistas realizadas para a compreensão das experiências dos pacientes que vivem com HIV, é preciso contextualizar o perfil social dos

participantes desta pesquisa. Logo, é apresentado uma perspectiva acerca da idade, sexo/gênero, raça/cor, orientação sexual, estado civil, escolaridade e tempo de tratamento dos mesmos, que permite uma compreensão de suas trajetórias, sejam coletivas ou individuais.

Bem mais que uma caracterização desse grupo, é preciso entender suas particularidades, na tentativa de identificar parâmetros e divergências em relação às suas vivências, que enriquece ainda mais uma interpretação qualitativa de suas narrativas. No quadro 3, a seguir, observa-se um grupo heterogêneo de entrevistados, que, em linhas gerais, demonstra se equipar aos dados gerais já apresentados no capítulo anterior.

Já supracitados, a escolha dos entrevistados foi embasada nos critérios de inclusão (ser maior de dezoito anos, estar em tratamento antirretroviral no SAE e ser residente na cidade de Rio Verde). Além disso, estar disposto a ser entrevistado após a apresentação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Quadro 3 – Perfil social dos pacientes entrevistados (2024-2025)

Pacient e	Sex o	Idad e	Raça/Co r	Estado Civil	Escolaridade	Orientação Sexual	Tempo de tratamento
P1	M	39	Pardo	Casado	Sup. Inc.	Homossexual	8 anos
P2	F	51	Branca	Casada	Fund. Comp.	Heterossexual	16 anos
P3	M	37	Preto	Casado	Médio Comp.	Homossexual	5 anos
P4	F	76	Parda	Viúva	Fund. Inc.	Heterossexual	7 anos
P5	M	30	Preto	U. Estável	Sup. Comp.	Homossexual	1 ano
P6	M	52	Branco	Solteiro	Fund. Comp.	Bissexual	10 anos
P7	M	21	Branco	Solteiro	Médio Inc.	Homossexual	2 anos
P8	M	51	Pardo	Solteiro	Fund. Comp.	Heterossexual	EXCLUSÃO
P9	M	39	Branco	Solteiro	Médio Comp.	Homossexual	6 anos
P10	F	36	Parda	Casada	Médio Comp.	Heterossexual	7 anos
P11	M	38	Branco	Solteiro	Fund. Inc.	Bissexual	4 anos
P12	M	42	Branco	Casado	Sup. Inc.	Homossexual	4 anos
P13	F	65	Branca	Viúva	Fund. Inc.	Heterossexual	10 anos
P14	M	33	Branco	Solteiro	Sup. Inc.	Homossexual	4 anos
P15	M	36	Pardo	Casado	Fund. Inc.	Heterossexual	15 anos
P16	M	25	Branco	Solteiro	Sup. Inc.	Homossexual	3 anos
P17	F	51	Branco	Solteiro	Fund. Comp.	Heterossexual	6 anos
P18	F	51	Branco	Casado	Fund. Inc.	Heterossexual	7 anos
P19	M	54	Pardo	Divorciado	Fund. Comp.	Heterossexual	14 anos
P20	M	44	Pardo	Solteiro	Fund. Inc.	Heterossexual	3 anos
P21	M	23	Branco	Solteiro	Médio Comp.	Homossexual	2 anos
P22	M	33	Branco	Solteiro	Pós-Grad.	Heterossexual	8 anos
P23	M	50	Branco	Solteiro	Pós-Grad.	Homossexual	11 anos
P24	M	47	Branco	Solteiro	Médio Comp.	Heterossexual	11 anos
P25	M	32	Pardo	Solteiro	Sup. Comp.	Homossexual	1 ano

Fonte: Produzido pelo autor, a partir de dados coletados durante as entrevistas.

É um quadro geral bastante expressivo e diverso, diante da dificuldade de recepção à entrevista e da apatia de muitos entrevistados. Com a ajuda dos funcionários do SAE, foi que muitos aceitaram ser entrevistados. No decorrer das mesmas, identificou-se que nem todas as respostas aos questionamentos apresentados tiveram a profundidade subjetiva esperada, talvez

pelo desconforto de dialogar sobre sua condição de saúde, no entanto, isso não significou seu descarte.

Em contraponto, em uma mesma entrevista, após o desconforto inicial, encontraram-se depoimentos mais profundos, possibilitando, dessa maneira, a partir dos focos de diferenciados aspectos associados aos pacientes entrevistados, analisar as subjetividades por meio de uma hierarquia representada pela qualidade da resposta em relação à sua representação social como portador do vírus HIV, sua resiliência diante de suas experiências individuais e emocionais e seus aspectos sociais, culturais e estruturais.

Com isso, fez-se, a partir desse quadro social e das subjetividades que se apresentaram, alguns apontamentos acerca das falas/vozes desses pacientes/sujeitos/PVHIV, inferências (uma das ações da Análise de Conteúdo), tendo como resultado a certeza de que alguns achados tiveram valor significativo para a conclusão e importância deste produto de tese.

5.3.1 Contextos Primários – Essenciais: Experiências Individuais E Emocionais

Você chega em uma clínica ou hospital para fazer exames de rotina. O médico, nos exames de sangue, pede para testar HIV. Sem conhecimento do seu diagnóstico e pensando estar tudo em conformidade, pois não ocorreu nenhuma alteração em sua rotina, se surpreende ao receber um resultado positivo. E, por vezes, sem o conhecimento de como é o funcionamento do HIV, seu tratamento e prevenção, a primeira pergunta que se faz é: E agora? Como vou viver? Vou morrer? Tenho quanto tempo de vida?.

Esses eram alguns dos questionamentos mais comuns que permeavam o imaginário dos pacientes diagnosticados com o HIV no início da epidemia, na década de 1980. E esse imaginário ainda permanece na contemporaneidade, devido à pouca informação promovida às massas populares menos esclarecidas. Por isso, em muitas situações, principalmente no caso de doenças crônicas, sem cura, como o HIV, “a descoberta do diagnóstico [...], gera um importante impacto na vida das pessoas acometidas, sendo um momento significativo e crítico que altera a rotina diária da vida. (Maciel; *et al.* 2019, p. 2).

Esse impacto se relaciona especialmente à questão do preconceito e estigma que se fortaleceu ao longo dos anos e marginalizou as pessoas portadoras do HIV, colocando-as na “[...] condição de culpada pela transmissão e disseminação da doença” (Maciel; *et al.*, 2019, p. 2). Hoje, a realidade é bem diferente no que tange ao processo de contaminação e disseminação, mesmo que alguns discursos ainda insistam em colocar o sexo e a moral, como já discutido anteriormente, como responsáveis por essa epidemia.

Para iniciar a incursão analítica das subjetividades e experiências desses pacientes, vale destacar o tempo de vivência com o HIV e de tratamento no serviço especializado, que vai desde a descoberta recente, com pouco mais de um ano em tratamento, chegando até dezesseis anos, com uma média simples de 6,8 anos de tratamento. Um tempo expressivo em que esses pacientes já tiveram vivências e experiências em relação ao HIV.

O diagnóstico pode transformar a rotina de uma pessoa. Esse cenário envolve diversos atores, como os profissionais de saúde, o próprio paciente, a família, entre outros, criando desafios de ordem tanto emocional quanto social, e estando permeado pelo estigma. Para Muniz e Brito (2022, p. 1104), “a complexidade do diagnóstico de HIV/AIDS devido aos estigmas repercute nas relações familiares, sociais, afetivas, trabalhistas e de cuidado da saúde”.

Compreender a reação desses pacientes na comunicação médica nem sempre é fácil, mas é essencial para a construção de uma rede de apoio. Por isso, o primeiro questionamento teve como objetivo compreender essa reação, seus sentimentos com a descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, importante para a reflexão de algumas emoções, como a negação, o medo, o estigma, entre tantas outras que surgem nesse momento de fragilidade e vulnerabilidade.

5.3.1.1 Reações ao diagnóstico

Sendo essa abordagem, das primeiras reações ao diagnóstico, norteadora da entrevista, o resultado que se apresenta ao questionamento inicial abarca reações diversas, que vai desde o choque, espanto, dúvida, nervosismo, um baque, negação que esteja com HIV (exclusão), preocupação, falta de conhecimento, adoecimento, conformismo e até o desejo se matar, a seguir, exemplo de relato¹⁹:

Foi desesperador, vontade de morrer, medo de contagiar alguém. Muita tristeza, por não ter conhecimento (P1)

Foi um choque. No começo eu sofri muito. Eu tentei me matar (P2)

No começo foi bem difícil, passei por psicólogo. Foi bem difícil (P3)

Demorei para aceitar, entrei em depressão (P4)

Foi impactante. Foi um susto muito grande (P5)

Rapaz, eu tentei comprovar, fiz uma cirurgia e eu acredito que não foi através de relação sexual (P6)

Ah, fiquei nervoso. Até hoje eu fico nervoso sobre isso né? (P7)

Não, eu não tenho HIV não, eu trato, eu tenho é hepatite B crônica” (P8 – exclusão)

Foi horrível. Tipo, eu tomei um baque né? (P9)

No começo a gente fica preocupado, né? (P10)

¹⁹ Todos os relatos apresentados a partir de agora dizem respeito às entrevistas realizadas entre 2024-2025, conforme já mencionado no texto.

Como eu não tinha conhecimento do caso, eu falei para mim, acabou né? (P11)
É tipo assim a gente, em toda ação, tem uma reação. Então, você tem que ser responsável pelos seus atos, né? (P12)
Nossa, eu queria me matar. Eu até tentei, mas não consegui (P13)
Foi difícil. A gente tem vergonha (P14)
Foi um baque, parece que dá um treco na pessoa. Eu fiquei meio abalado no dia e depois fui controlando (P15)
Acho que nunca vou aceitar, mas fico feliz de saber que sigo uma vida normal hoje (P16)
Um buraco abriu e eu entrei dentro (P17)
Foi um choque, me afundei, chorei muito, entrei em uma depressão (P18)
Foi um espanto (P19)
Paguei outro exame no laboratório, deu positivo de novo, aí eu, então tá bom? (P20)
Foi bem difícil, ainda não aceitei (P21)
Foi bem impactante pra mim (P22)
Já me aceito. [...] não tenho problema com isso (P23)
No início eu entrei em depressão. Teve momento que até abandonei o tratamento (P24)
Eu aceitei super bem (P25)

Esses são relatos iniciais após a descoberta do diagnóstico positivo para HIV. Entre as falas, mesmo que breves, na intenção de fazer uma conexão com o leitor, entende-se que o período entre a descoberta e a aceitação é um momento fundamental entre a escolha de seguir vivendo bem, fazendo o tratamento, ou enfrentar as dificuldades da não aceitação como soropositivo, mesmo em tratamento. Como afirma Maciel *et al.* (2019, p.7), esse momento inicial, com o impacto do diagnóstico, “[...] se configura como um momento difícil de ser enfrentado por quem o recebe”. O fato do desconhecimento acerca do vírus e da doença pode ser um fator, que contribui para essa dificuldade de aceitação, devido, entre alguns motivos:

[...] ao estigma que permeia o cotidiano das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dessa forma, entende-se que esse é um dos momentos mais complicados na vida dessas pessoas, porém sabe-se que após o impacto inicial do diagnóstico, estas ainda passam por diversas mudanças e/ ou adaptações no seu cotidiano (Maciel; *et al.*, 2019, p.7).

Essa dicotomia, descoberta-aceitação, é importante, pois, mesmo não tendo cura, o HIV não significa o fim da vida, como foi propagado em outros tempos. O HIV se tornou crônico. No entanto, é preciso ter cuidado ao entender esse vírus dessa forma. De acordo com Brasil (2017, p. 16), “atualmente, a PVHIV em tratamento pode levar uma vida normal, como a de qualquer outra pessoa com uma doença crônica”. Entretanto, deve-se levar em consideração, também, uma pessoa com HIV que pode abandonar o tratamento e, por conta disso, desenvolver a AIDS.

Nesse contexto, não há possibilidade de entendê-lo como crônico. A AIDS, além de ser uma forma mais agressiva da doença, pode ser fatal e impacta significativamente a qualidade de vida desse paciente, dessa pessoa que vive com o HIV. Mesmo que este tenha se tornado uma situação de saúde crônica e gerenciável, graças ao “[...] aumento do acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes, inclusive para infecções oportunistas” (OPAS). Tudo está relacionado ao impacto de seu diagnóstico e à sua aceitação. Como explica Araújo; *et al.* (2019):

Após a primeira notificação de que estão com HIV, as pessoas geralmente enfrentam choque, negação e, até mesmo, pensamentos suicidas. Como a aceitação é um processo gradual, os indivíduos acabam sendo confrontados com o desconhecimento que eles têm de uma condição que se estende ao longo da sua vida e que vai requisitar vigilância constante (Araújo; *et al.*, 2019, p. 5).

Desse modo, quando se fala em reações diante do seu novo quadro de saúde, estas estão impressas nas primeiras falas, sendo sucedidas por uma autopercepção que envolve o sentimento de culpa. E essa culpa não é somente sobre ser soropositivo, mas pela possibilidade de ter transmitido o vírus para outra pessoa:

E daí a gente fez os exames depois, logo após que eu descobri. Eu falei pra ele, tive que contar, que foi a pior parte. Aí ele super me apoiou e também foi fazer. Aí a primeira vez que ele fez, não identificou. Aí depois ele fez e identificou. E daí também, eu me senti culpado porque eu fiquei me culpando. Ah, foi eu que transmiti algo do tipo. Só que daí ele apoiou e falou que talvez, ‘alguém também passou pra mim, outros relacionamentos, e eu não sabia’ (P9).

Esse momento inicial vem associado a uma pergunta de autoexplicação: Por que eu? Esse questionamento se relaciona com um preconceito que se auto institui e envolve o pouco ou quase nenhum conhecimento sobre o HIV, bem como as relações de poder que impõe padrões hegemônicos para a sociedade, principalmente para homens heterossexuais e seus padrões de masculinidade. Nesse caso, refere-se ao fato da epidemia ter sido associada aos gays no início da década de 1980.

Outro fator relacional a essa discussão é a preocupação com a mortalidade, referente ao desconhecimento sobre vírus. A vulnerabilidade imposta pelo HIV direciona a pensamentos nocivos, como o próprio suicídio, resultado de uma depressão, à não adesão ao TARV, entre outros problemáticas que podem surgir a partir de suas relações interpessoais e com o meio, vide:

No começo, eu sofri muito. Eu tentei me matar, mas Deus não deixou. Antes, parecia estar tudo normal, né? Até eu descobrir. Aí foi um choque. Mas depois que eu descobri, eu achava que a morte seria o melhor. Menos dolorosa. Mas não adianta você querer partir antes (P2).

Nossa, eu queria me matar. Eu até tentei, mas não consegui. Parece que Deus chegou em mim e falou, não faz isso, não faz isso. Aí eu não consegui (P13). Aí eu fui lá, fiz um monte de besteira, fui parar no hospital mesmo, quase morta, fiquei uma semana lá desacordada quase. Sou diabética, eu fiquei dessa grossura, ninguém entendia porquê, eu não comia, eu não dormia, eu não vivia, tentando me matar, tomando uma insulina atrás da outra pra ver se eu morria (P17).

Foi identificado nesses três pacientes, esse desejo de ceifar a vida diante do diagnóstico, sem prognóstico, como se a morte fosse uma solução. No caso do paciente 17, é importante destacar que, mesmo já estando em tratamento, com uma cirurgia plástica marcada, com liberação do médico infectologista, tentou desistir da vida. Seu relato é profundo ao entender o seu olhar sobre a vida pós-HIV:

Eu vou te falar um negócio. Eu vivo é. Não sei explicar. Tipo assim, eu vivo hoje achando que amanhã, eu não vou estar viva mais, que eu não queria, sabe? Não queria. Eu perdi. Assim, eu era muito alegre, eu perdi isso, todo mundo reclama, o que aconteceu? Aí eu coloco culpa e, ah, minha vida tá tão assim, mas tô de boa e tal, mas nunca falo (P17).

Alguns pacientes afirmam, que entraram em depressão pós-diagnóstico. Mas, com tratamento psicológico ou psiquiátrico, suas vidas começaram a entrar nos trilhos. Sobre esse sentimento de morte, ele pode ser entendido mais como um sentimento de luto pela morte do seu quadro saudável, associado a uma dor que é incômoda e gerada pela própria doença (Angerami-Camon, 2001), enfatizando a importância do cuidado com a saúde mental após um resultado positivo:

Foi o seguinte, eu tinha arrumado uma pessoa e essa pessoa, segundo ele, não sabia. Aí tem um médico amigo da gente, viu para fazer uns exames. E nesses exames deu. Demorei para aceitar, entrei em depressão (P4).

Eu descobri em 2018 e assim, eu fui fazer um check-up de sempre. Aí a enfermeira me perguntou se ela quer fazer de HIV? A senhora já fez alguma vez? Eu falei não. Aí ela falou, vamos fazer? Eu falei, vamos. Aí fiz, deu positivo. Foi um choque. Me afundei. Nossa, fui. Entrei em uma depressão. Mas aí depois tudo chegou nos seus devidos lugares. Eu ainda pensava, uma véia dessa, onde que eu peguei isso? Sempre me cuidei, né? Sempre tive meus cuidados. Aí que aquilo me abateu mais, né? Por causa da minha idade (P18). No início não aceitei bem, entrei em depressão. [...] Aí eu sempre procurei viver. Tem como ir. Sempre procurei psiquiatra, procurei psicóloga, só que eu não gostei da psicóloga, e fui mais para a psiquiatria. E, enfim, aí eu, hoje, assim, eu para mim é como que eu não tivesse. Lembro, porque às vezes eu

tenho que vir aqui. Mas, assim, vivo normal. Tomo medicamento sempre. Todo dia, infelizmente, cara. É coisa que a gente vive e não tem como (P24).

No caso da paciente 18, ela afirma que seu cônjuge sabia que tinha HIV e só revelou esse quadro, quando a mesma positivou para o vírus. Ele a incentivou a fazer o exame, sabendo que poderia tê-la infectado. Isso mostra que estar em um relacionamento não é garantia de segurança em saúde, havendo sempre a necessidade dos exames de rotina para identificar qualquer intercorrência, junto à prevenção:

Foi do meu esposo que eu estou agora. Ele pegou em 2012 e me pôs por covardia mesmo. [...] Ele tava me escondendo e eu vi que ele tava, assim, soltando o couro das mãos. Só que o dele já virou a AIDS, sabe? O meu ainda não. Ele parou o tratamento em 2016. Até então, a mulher dele morreu. A esposa dele, a que ele tinha. Que ele pôs nela também. Diz que ele pegou isso lá pra Bahia, pra lá. Na época que ele foi. Aí ele pegou em 2012. Aí eu peguei e falei assim, mas por que você tá assim, olheira, as mãos, descolando, né? Ele já sabia. Aí ele, não, é alergia. Aí eu falei, não, esse trem não tá certo. [...] Aí ele pegou e falou, não, eu vou confessar pra você, eu tenho HIV desde 2012. E eu devia era morrer, porque você não merece o que eu fiz. Pessoa boa, pessoa que todo mundo ama. Mãe de família, porque é o meu segundo casamento, né? Aí ele falou assim, você me perdoa? Aí eu falei, perdoo, perdoo sim. Aí foi a psicóloga, a Jana, né? Ela falou, não, você tem que viver pra ele, ele pra você. Aí a gente começou um tratamento junto. Aí pra acabar de completar, nós saímos com o mesmo médico, achou as fichas dele todinho. Aí ele falou, como que eu vou te esconder se tá tudo aqui? Aí foi que a gente, como se diz aí, eu também falei assim, eu quero viver com ele, porque eu não vou ficar daqui para ali, né? (P18).

É um processo, muitas vezes, longo, de aceitação do próprio diagnóstico, demandando tempo e uma rede de apoio. Por outro lado, algumas pessoas podem reagir com certa normalidade ao seu resultado. Isso se deve, ou por ter conhecimento sobre o HIV e estar tranquilo em relação ao vírus, ou, por mais uma vez, pelo desconhecimento acerca do mesmo. É o caso do paciente 20, que não entrou em negação, mas ficou em dúvida quanto a um teste rápido que deu positivo. O mesmo, pagou um exame laboratorial (sangue) e confirmou o resultado:

Cheguei lá, mandei fazer o teste, né? Do HIV e tudo. Aí deu positivo. Aí depois eu fui, paguei outro. Eu digo, vou fazer outro. No laboratório. Aí fui, paguei lá. E deu positivo de novo, aí eu, então tá bom. Aí pronto, fiquei sossegado, eu disse que é porque tinha que acontecer. Deus é quem sabe, se foi para acontecer isso comigo é porque tinha que acontecer (P20).

É importante também destacar que o processo assimilatório é diferente em cada paciente, podendo ser necessário tempo para aceitar sua condição, identificando-se também pacientes que invisibilizam seu próprio diagnóstico, entrando em processo de negação. Para Lima Júnior e Lima Júnior (2024, p. 172), “essa negação pode ser também uma fuga da realidade, como uma não tentativa do indivíduo de se adaptar à sua nova situação”. Isso pode ser prejudicial, visto que a negação pode levar o paciente à não adesão ao tratamento, agravando seu quadro de infecção pelo HIV.

Quanto à identidade, esta se relaciona com as representações sociais dessas PVHIV, fomentadas por diversas instâncias, como os desafios da vida social, as relações familiares, a discriminação e o estigma, os direitos, entre outros. Historicamente, as PVHIV já foram carregadas de julgamentos, relacionando-as à promiscuidade e às suas supostas irresponsabilidades, reforçando seus arquétipos, o contraponto surge:

Quando não há rejeição, discriminação, e existe cuidado e carinho, isso é encarado de forma positiva, mostrando, assim, que ser e se sentir acolhido pelos outros é importante. O cuidado sem preconceito é valorizado, bem como reconhecido como potencial para resolver suas questões pessoais, como autoestima (Melo; Mello, 2021, p. 1108).

É esse contraponto, seguindo na direção de uma sociedade mais inclusiva, que se reconstrói identidades silenciadas por um diagnóstico não previsto e pouco aceito, promovendo, assim, uma melhor qualidade de vida para esses pacientes que, diante de uma rejeição coletiva, acabam reconfigurando suas representações no meio em que está inseridos.

5.3.1.2 Relação com o tratamento

Sou soropositivo, e agora? Esse questionamento deve ser prioridade para quem recebe um diagnóstico positivo para o HIV, haja vista que o vírus afeta o sistema imunológico do ser humano, deixando-o vulnerável a outras doenças denominadas oportunistas.

Ao serem questionados sobre o uso do medicamento ARV, as falas foram uníssonas: todos fazem o uso correto e diário da medicação. No entanto, é preciso destacar algumas colocações sobre esse uso. Em um diagnóstico precoce, sem muita orientação, há a possibilidade de algum paciente se revoltar e abandonar o tratamento, antes ou depois de iniciar. Como nos relatos apresentados:

Faço corretamente. Lá em (...) eu não tomava remédio. Eu jogava tudo no vaso. Eu só participava da consulta. Porque se falava, se eu não participar, eles iam até minha casa. E eu tinha medo que eles chegassem até minha casa (P2).

No início não, entrei em depressão e se envolver, teve um momento que até abandonei o tratamento. Aí eu pensei, eu acho que não é por aí (P24).

Em ambos os casos, essas falas vêm associadas a duas questões: a primeira, já discutida, diz respeito ao diagnóstico de depressão e à procura por ajuda psicológica ou psiquiátrica, no caso do paciente 24, que afirmou ter buscado ajuda psicológica e depois psiquiátrica para compreender seu quadro. A outra questão diz respeito ao tratamento em si e seus efeitos colaterais. A paciente 2, ao afirmar que jogava os medicamentos no vaso, fez reclamação da quantidade de remédios que tomava na época e o quanto fazia mal ao seu organismo, complementando sua afirmação:

Aí eu participava, como no início era muito remédio, era três de manhã, três de meio-dia, à noite. Aí eu passava muito mal. Aí eu pensava, o governo quer matar a gente. Hoje não, hoje eu estou tomando a dose única. Então, é super bem. E eu vi que depois que eu comecei a fazer o tratamento direitinho, eu comecei a pegar peso, entendeu? Então (P2).

Demonstrando que o tratamento é eficaz e melhora a saúde de quem o faz. Hoje, o máximo de comprimidos ou pílulas para uso diário é dois. Isso também mostra a evolução do tratamento. Em relação à quantidade, se uma ou duas, vai depender do perfil do paciente. Ademais, outra inferência a se fazer está relacionada à adesão a este tratamento. O paciente 6, de acordo com seu relato, acredita que todas as pessoas fazem o tratamento correto ao serem diagnosticadas. Contudo, para ele, pode haver intercorrências, como um simples esquecimento diário no uso do medicamento:

Verdade, verdade, é mentira que todo mundo toma remédio todo dia. Uma hora vai viajar, aí lá esquece. Toma um, viaja (P6).

Inclusive é esse mesmo paciente, que acredita não ter contraído o HIV por via sexual. Relata que tem dúvidas em razão de uma cirurgia realizada:

Rapaz é o seguinte eu tentei comprovar, fiz uma cirurgia eu acredito que não foi através de relação sexual. Porque as duas pessoas que eu tive dois anos, elas fizeram exames até dois anos, elas nunca contraíram, então eu acredito que em uma cirurgia que eu fiz em Goiânia, transfusão de sangue, problemas de coluna, eles inclusive, teve até uns médicos que foram presos e por causa

disso, a pessoa estava precisando de operar da coluna sabe, só para poder vender aqueles aparelhos, o governo pagava caro (P6).

É uma subjetividade que não pode ser contestada, uma vez que é a verdade escolhida pelo paciente, e somente ele pode ir atrás da verdade a partir de suas dúvidas. Também sobre adesão ao tratamento, o uso do medicamento pode ultrapassar a dose diária. E isso não acontece por indicação médica, e sim por esquecimento. E pode ser estimulado pelo medo do vírus se desenvolver mais forte. Veja a afirmação do paciente 19:

Eu acho que tem dia que eu tomo até duas vezes, mas eu tomo de manhã. Tem dia que eu fico na cabeça: eu tomei ou não tomei, vou tomar, aí eu não sei se eu vou tomar, eu tomo à tarde. Eu falei tem dia que eu acho que eu tomo até duas vezes, quando eu fico em dúvida eu tomo à tarde para não ficar sem (P19).

São acontecimentos esporádicos, que podem ou não comprometer o tratamento. O mais importante nesse cenário é expor ao paciente a necessidade do uso contínuo, para que o resultado alcançado seja um exame com resultado indetectável, quando não há transmissão do vírus. Para isso, alguns fatores devem ser amplamente debatidos com os pacientes, visando à promoção de saúde e à adesão ao TARV. Esses fatores incluem “[...] necessidade da terapia, as consequências da não adesão, a importância do acompanhamento médico e laboratorial, entre outros” (Silva; *et al.*, 2015, p. 1195).

O acesso ao serviço de saúde, nesse contexto, deve ser facilitado, assim como em outros contextos. No caso do HIV, o serviço especializado deve ser ofertado com qualidade, não afastando o paciente do seu tratamento, e abrangendo todos os profissionais que ali trabalham. Não é incomum denúncias contra profissionais que não fazem seu atendimento correto e, vez ou outra, são acusados de cometer discriminação contra pacientes que têm HIV. No SAE de Rio Verde, de acordo com os pacientes, não houve nenhuma ocorrência, apenas elogios quando perguntados se são bem atendidos ou se se consideram bem atendidos por esse serviço.

*Considero, considero sim. Ainda não aconteceu nada que pudesse considerar que não tenha sido bem atendido (P5).
Graças a Deus sou bem atendida. Quando eu comecei, eu fui na psicóloga, porque nos primeiros dias assim, a gente fica né que você quer ficar acanhado igual eu mesmo eu fiquei trancado um bom tempo. Acho que umas três semanas, mais ou menos um mês, eu fiquei trancada, não queria ver ninguém. Até eu começar a fazer o tratamento e vir conversar com a psicóloga aqui. Aí depois eu conversei com ela e acabou (P10).*

Bons demaiss, bons demaiss. Não tem que reclamar, não. Não tenho que ligar, é prestativo no serviço, atende certo. Ninguém nunca negou nada para mim. Se houver alguma coisa aí, que nem eu falei, eu preciso falar para a psicóloga agora. Se fosse outro lugar, ” não, vamos agendar para o tal dia”, não. Vai lá, se não tiver ninguém, você vai lá. Agora, eu tenho que ir. Então, a gente é bem prestativa (P11).

Aqui bem atendido, graças a Deus. Assim, tinha mais pessoas. Quando eu era lá, conheci muita gente né. Aqui mais antigo só aquela senhorinha lá. E os meninos da farmácia, um moreninho, não sei se ele tá aí. Um moreno baixinho. O dr. Plínio atendia. Aí eu fui consultado com ele a primeira vez. E aí depois ele saiu né, e depois voltou de novo (P15).

Nossa, demaiss. Igual eu estou ali preocupada porque o homem fugiu. Ninguém pode reclamar daqui gente. Ela está preocupada, isso não é culpa dela não, ué. Você viu a dona Lenita, eu vi a dona Lenita, eu posso ir e tal. Nossa, essa veia aqui, eu vou te falar, nossa, Deus mandou ela assim pra mim. Ela levou meu remédio lá na esquina, quando tem jeito de eu vir. Cara, você não tem noção. É só Deus que eu peço todo dia pra ela, porque não tem como pagar (P17).

Demais. O pessoal, é nota 10 para o pessoal, sempre atenciosos (P24).

São falas breves, mas que demonstram a gratidão de serem bem atendidos pela equipe multidisciplinar ali presente. Outro ponto importante, em função do bom atendimento, é referente ao aconselhamento e orientação pré-TARV. De acordo com Brasil (2008, p.37) esses dois fatores têm “como objetivo preparar o paciente para o início do tratamento, favorecer a adesão adequada, incorporar a tomada de medicamentos no cotidiano e evitar a interrupção ou o abandono do tratamento”. Se esse atendimento inicial acontece de forma humanizada e respeitosa, é segura a adesão ao TARV.

5.3.1.3 Estigma e discriminação

Já discutido anteriormente, a principal problemática em torno do HIV e da AIDS envolve o estigma e a discriminação, os quais são direcionados às pessoas que o vivem. Para Aguiar e Moraes (2021, p. 6), “o estigma representa uma marca social que os indivíduos carregam por apresentarem características diversas daquelas padronizadas por uma sociedade”. E essa marca é corporal. Seja ela física, como uma deficiência, ou moral. Mais a fundo, um julgamento moral por conta de uma doença incurável é mais latente, sobretudo ao se associar o HIV ao homem que, de acordo com os padrões hegemônicos societários, é apontado como homossexual.

Na contemporaneidade, não é possível fazer um apontamento como esse, haja vista que o HIV ultrapassou a barreira social em que era associado a grupos específicos. Afinal, “o HIV e a AIDS não são uma exclusividade das populações-chave e/ou vulneráveis, em virtude de

atingirem a sociedade de maneira ampla como qualquer infecção sexualmente transmissível (IST)” (Joaquim; *et al.*, 2024, p. 8).

Ademais, em todas as discussões que estão inseridas nessa temática, é fácil identificar pelo menos um desses termos para se referir às trajetórias dos sujeitos, endógeno ou exógeno ao seu corpo e à sua representação. Por isso, a incursão nessa narrativa é importante e necessária, pois, nas vivências cotidianas, um portador do HIV, anônimo ou não, possivelmente já escutou ou vai escutar alguma fala preconceituosa, colocando-o em um nicho social e o excluindo da sociedade sem aviso prévio. Segundo o folheto informativo da ABIA, intitulado *Desafiando o estigma e a discriminação*, essas ações:

São problemas diários para as pessoas infectadas e afetadas pelo HIV. Medo do estigma, e da discriminação associada a ele, afeta, por exemplo a decisão de fazer um teste, de partilhar seus temores com família, amigos ou colegas, ou, quando a pessoa sabe que é soropositiva, de revelar este fato. O estigma associado ao HIV/AIDS também afeta o acesso aos serviços de saúde, ao emprego, e à forma como as pessoas com HIV são tratadas por sua comunidade e por grupos sociais e religiosos (Abai, s/d., p. 1).

Em todas as esferas sociais, as vozes que vivem o HIV estão sujeitas a sofrerem uma delas. Seja pela estigmatização ou discriminação, entende-se, a priori, que o medo da rejeição é o maior obstáculo para a PVHIV assumir seu diagnóstico, para então construir sua rede de apoio. Dessa maneira, esse tópico faz um diálogo, a partir dessas experiências de estigma e preconceito, em relação à sua condição sorológica com o que diretrizes da atualidade. De acordo com a UNAIDS (2019):

As diversas formas de estigma e discriminação que afetam pessoas vivendo com HIV e vivendo com AIDS incluem, entre suas consequências mais frequentes, o assédio moral, a exclusão social, a agressão física e a perda do emprego—mesmo com o arcabouço legal já existente no país para proteger estas pessoas, reforçado pela lei 12.984/2014, que tornou crime punível com reclusão e multa atos de discriminação contra pessoas vivendo com HIV ou com AIDS (Unaid, 2019, *online*)

Mesmo assim, ainda se observa muito estigma e discriminação com as pessoas que vivem e convivem com o HIV. Quando perguntados sobre seu diagnóstico, e se já sofreram ou perceberam algum tipo de preconceito, obteve-se falas monossilábicas entre sim ou não, e algumas discorrendo sobre histórias que vivenciaram pós descoberta. Veja:

Lá em (...), aí eu percebia, porque lá era muito assim, parece que todo mundo tinha nojo, como se você fosse outro mundo. Aí aquilo me deixava muito mal. Aí eu quis mudar de lá, porque aqui eu era tratada igual a outras pessoas. Entendeu? Então não faz diferença. Ninguém vem com a estrela na testa.

Entendeu? Então muitas pessoas quando eu vou, por exemplo, a minha última nora, quando ficou sabendo, ela não acreditou. Ela falou, “mais a senhora não parece”, porque toda vida eu cuidei. E teve uma das minhas patroas, quando descobriu, porque eu percebi que o marido dela estava meio desconfiado. Aí eu falei para ele, eu quero ir embora. Ela disse, não vai embora, ela é uma juíza. Ela, o que que tá acontecendo? Eu contei, ela falou não, você não vai embora. Você é igualzinha às outras. É só você tomar todos os cuidados pra cuidar do bebê dela, né? Então, assim, eu sempre trabalhei pra esses médicos, pra outras pessoas. Aí só teve uma que não aceitou. Ele falou, não, eu não posso te pegar porque meu marido, ele é preconceituoso. Aí não deu pra mim trabalhar. Portanto, agora eu tô sem trabalhar, né? Na última consulta eu tava trabalhando, mas eu tive que parar por causa de coluna. Eu não consigo mais ficar com criança. Por causa da minha coluna (P2).

Sim, como eu trabalho na área da saúde também, às vezes a gente escuta algumas coisas que não deve escutar, né? Também é difícil. Em geral, em relação à doença, ao HIV. E onde é que tem mais discriminação é na área da saúde (P3).

Não. Estou bem em relação a mim. Também porque minha mãe tem um método, uma forma de pensar que é muito conservadora, talvez para as pessoas possa parecer que seja preconceituoso, mas eu vejo só como desinformação mesmo, porque minha mãe é uma pessoa que não tem estudo e como ela não tem estudo e é desinformada, ela ainda tem aquela forma de pensar o HIV, da forma que ela é vista na década de 80, na década de 90, que é com um certo estigma, com um certo preconceito (P5).

“Não. As pessoas que eu já contei, mas tipo, amigos próximos, sabe? Meio que sempre tem aquela piadinha” (P7).

Não, graças a Deus não. Minha família também sabe, eu achei que ia ter preconceito minha mãe mais meu pai ficarem assustados, minhas filhas, mas graças a Deus Tudo apoiou pelo meu lado (10).

Assim porque como a maioria não sabe, eu tenho 2 ou 3 anos de quadro né e eu acho que assim ninguém nunca percebeu nada (P11).

A sociedade em geral são os predadores de tudo, ainda mais no país que nós vivemos. Porque queiram que não, é tudo hoje que você gera preconceito no país. Então ainda mais nessas partes aí, assim, hoje, depois da década de 80 para cá, esses estudos foram mais eficazes, entendeu? Antigamente, eles eram, é assim, quando eles já descobriam, já estava o vírus, já estava realmente o HIV, então era uma coisa incurável, né? (P12).

Tem um médico amigo meu que ele perdeu a amizade dele porque eu contei pra ele, e eu senti o preconceito dele. E essa é minha amiga, que era secretária de saúde. Ela não me abandonou, não. Mas ele me abandonou. E ele era igual um irmão pra mim. Eu falei, conversei. Ela falou pra mim, conversa com ele. Ele é tão sua amiga, ele vai ajudar a conversar, né? Ele é médico (P17).

Não comentei nada, não comentei porque primeiro que eu acho que vão descobrir o dia que tiver que morrer mesmo. Mas prefiro carregar esse peso comigo. É muito preconceito e discriminação também. O brasileiro é preconceituoso (P24).

Diante dessas falas, duas chamam a atenção pelo que já foi afirmado anteriormente sobre o papel dos profissionais de saúde na atenção primária. A paciente 17, ao descobrir seu diagnóstico, em busca de uma rede de apoio, afirma que um amigo médico a abandonou após revelar sua condição. Logo, um profissional da saúde, que deveria aconselhar e acolher. O

paciente 3 relata trabalhar na área da saúde e, com isso, observa e escuta profissionais sendo preconceituosos em relação ao HIV. É uma realidade que não é intermitente. Nesse sentido, Brasil (2017) explica a importância do acolhimento a qualquer paciente possuidor de uma doença:

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e pessoas atendidas no SUS, nos atos de receber e escutar, podendo acontecer de formas variadas. É receber a pessoa desde a sua chegada, ser responsável por ela, ouvir sua queixa, permitir que mostre as preocupações em relação à doença e deixá-la à vontade para procurar o serviço de saúde e a equipe multiprofissional sempre que necessário, facilitando o acesso ao serviço e ao tratamento (Brasil, 2017, p. 9).

No caso do HIV, esse acolhimento também deve ser praticado com os pacientes, pois é ainda mais importante devido ser uma enfermidade sem cura e que precisa de cuidados mais específicos. Desse modo, a partir das falas apresentadas, mais uma vez é reforçado que a pessoa que vive com o HIV, não tem a obrigação de revelar seu *status* sorológico. Mas é preciso ter cuidado para que o mesmo não internalize sentimentos de culpa, que podem afetar, não somente suas relações interpessoais, como também direcionar a uma autoestigmatização. De acordo com a UNAIDS (2019):

Este sentimento da pessoa sobre si mesma e a expectativa que se cria acerca de como outras pessoas reagirão ao que seja viver com HIV e viver com AIDS é reforçado e até mesmo produzido pela experiência de exposição à violação de direitos que a pessoa possa ter sofrido ao longo de sua vida (Unaid, 2019, p. 41).

Não é o caso dos relatos apresentados, mas é uma percepção que deve ser observada, pois esse processo de se auto culpar, a internalização da culpa, pode impactar diversos setores da vida desse paciente, sobretudo sua autoestima, direcionando a casos de depressão e até casos de aversão sobre si mesmo.

Outro fato expressivo diz respeito às maneiras ou formas de se ocultar esse diagnóstico. Apenas uma fala faz um breve comentário quando questionado acerca do medicamento de uso contínuo, para evitar a curiosidade sobre o mesmo. Ele relata, que quando ocorre esse questionamento, responde a todos se tratar de uma vitamina, ao mesmo tempo em que fala sobre o processo de aceitação.

Foi, logo no começo. Foi difícil. A gente tem vergonha, não vai ficar falando para as pessoas que eu tenho. Quem fala que tem? Aí quando as pessoas perguntam o que tomando (o medicamento) eu falo que é vitamina (P14).

O processo de aceitação vem associado ao processo de revelação do seu diagnóstico, envolvendo, tanto o paciente quanto os profissionais, essencialmente quando esse mesmo diagnóstico é realizado em locais diferentes, que não o serviço especializado, como clínicas da família, unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de pronto atendimento – (UPAs). Afora do SAE, quando isso acontece:

Muitas vezes, não registram o diagnóstico em prontuário aberto e realizam visita domiciliar mais cuidadosa para não chamar a atenção para uma pessoa ou domicílio. Pessoas que chegam no acolhimento para revalidar a receita do antirretroviral costumam utilizar subterfúgios para conseguir atendimento, como escrever “HIV” em um papel para comunicar ao ACS que precisam de um tipo específico de atendimento, ou relatar um sintoma de doença inexistente para acessar rapidamente o atendimento médico (Sciarrota, 2021, p.5)

Em vista disso, fica a reflexão de cada um, em sua individualidade, tem o poder de decisão de contar ou não sua condição sorológica. As vivências são individuais, fundamentais para a construção da personalidade, moldando sua percepção de mundo em razão das suas emoções e relações. Portanto, são subjetivas e distintas, carregadas de significados.

5.3.1.4 Redes de apoio

Quando se fala sobre rede de apoio, é preciso compreender que ela é formada por grupos, sejam de pessoas ou de instituições, oferecendo suporte, seja ele emocional ou financeiro. Essa “ajuda” vem conjugada ao enfrentamento de desafios, com vista à manutenção da saúde mental e do bem-estar, particularmente.

A PVHIV, mais do que nunca, precisa ter essa rede de apoio, fundamental para a construção dessa nova identidade e suporte emocional na reconfiguração de suas relações interpessoais. Ultrapassando a imagem do HIV, tem-se o ser humano como *locus* dessa enfermidade. É ele que vai fomentar percepções, remodelando seu comportamento. Nesse contexto, Juliano e Yunes (2014) explicam que:

O ser humano nasce e vive em uma rede de relações representada por: família, escola, comunidade, trabalho, dentre outras. Nestes ambientes ecológicos, as pessoas desenvolvem-se e conquistam uma diversidade de lugares de interação social. As relações entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência, possibilidades de emprego, estudo, amizades, lazer, relações de suporte e de afeto (Juliano. Yunes, 2014, p. 135).

As narrativas sobre suporte ou rede de apoio identificadas não impactam, mas mostram, em alguns casos, que, de fato, a família é a principal rede possível após o diagnóstico. E isso é variável de família para família. Ao mesmo tempo que o paciente pode encontrar apoio, também pode ser um momento de frustração. Como no caso da paciente 2, que não queria expor sua condição, mas foi chantageada pela própria família:

Mas aí quando eu descobri, meu marido não queria que eu contasse para os meus filhos, para eles não sofrerem. Mas eu acabei tendo que contar porque eu fui ameaçada pela minha irmã, porque ela era chantagista (P2).

Essa mesma paciente, quando se direciona ao SAE para exames de rotina e retirada de medicamento, relata que tenta criar uma relação com alguns pacientes. Pois todos ali têm um objetivo comum e não precisam estar tristes. Nesse sentido, é como se ela estivesse construindo uma rede de apoio, mesmo que momentânea, para trazer alegria às pessoas que chegam ali:

As pessoas não conversam. Eu puxo assunto, eu converso. E aí elas ficam pra cima, entendeu? Na hora que eu chego, eu fico observando. Aí quando tem uma que às vezes tá assim e eu chego nela, é como se você desse um apoio de força. Porque eu sei o que é isso, você precisar de um ombro amigo, você conversar, precisar da palavra que te deixa pra cima. (P2).

Uma questão interessante sobre redes de apoio é que ela não se limita ao contato físico, do hábito de conversar e trocar experiências. Ela também pode ocorrer de forma online, seja em salas de bate-papo ou sites e aplicativos que tratam do tema, ajudando esse paciente nas suas dúvidas e questionamentos sobre o HIV e a AIDS. Como o paciente 05, que, com pouco conhecimento sobre o assunto após seu resultado, buscou sites para saber mais e se informar:

Eu assisto muito canais de YouTube, pra conseguir ter mais conhecimento sobre o assunto, porque até então eu tinha uma visão muito limitada do assunto. Depois do diagnóstico, eu gosto de tirar todas as dúvidas com o médico quando venho na consulta, e quando surge alguma outra dúvida, eu assisto canais do YouTube de outras pessoas que passaram por isso e tem alguma coisa a contar sobre (P5).

Vale destacar que uma rede de apoio, na visão de um paciente, pode mais atrapalhar que ajudar, como discorre o paciente 12, afirmando que, por conta de preconceito, decidiu não contar seu diagnóstico. No entanto, reconhece que pode, em algum momento, haver a necessidade de revelá-lo:

É uma coisa que cabe a mim mesmo, entendeu? Não tem porquê, entendeu? E se tiver se chegar o momento, que for preciso sim, entende?. Tipo assim, o que a gente quer ou não, a gente vive no país de preconceito em tudo, você sabe. Então, algumas pessoas vão aceitar, outros não vai aceitar. Tem gente que não conhece o assunto e acha que é uma coisa entendeu, julga demais. Tem coisa, que é melhor você não contar, até um certo ponto (P12).

Você ser seu único parceiro de jornada invoca um termo que é intrínseco às redes de apoio: resiliência. Tendo sua origem na física, esse conceito passou a ser utilizado nas ciências humanas, especialmente na psicologia, na década de 1980, utilizando-se de sua premissa/ideia inicial nas ciências exatas, que era a capacidade de um material se recuperar após ser deformado.

Nesse contexto, é só fazer a troca do termo material por ser humano e, logo, tem-se o início do seu uso para discutir a capacidade do homem de se reerguer após uma queda. E esta pode estar referenciada em diversas instâncias. Para Carvalho *et al.* (2007, p. 2025), “a definição de resiliência, a partir da compreensão da interação do indivíduo com o seu ambiente, implica o entendimento dinâmico dos chamados fatores de risco e proteção”. No que tange ao HIV, esses fatores eram pouco debatidos no início dos anos 2000, com foco em comportamento de risco.

Na atualidade, abarcam os fatores sociais, além do estigma e da discriminação. Quanto aos fatores de proteção, insere-se a consolidação de habilidades para adaptação ao meio e às situações; a autoeficácia e, sobretudo, o suporte social familiar, que, de acordo com Carmo *et al.* (2022, p. 1117), “constitui uma importante ferramenta de gestão do cuidado em saúde”.

Desse modo, entendendo que as famílias, juntamente com as comunidades, têm a capacidade de desenvolver “condições de proteção eficazes para superar as adversidades” (Juliano; Yunes, 2014, p. 139), para a construção e consolidação dessas redes de apoio, é fundamental compreender que essas ações:

São processos intimamente ligados à convivência. Conviver com outros seres humanos, significa interagir de forma recíproca, a partir de trocas, principalmente afetivas, que possibilitam o desenvolvimento na diversidade de papéis, alteração e equilíbrio de poder, conjunção de olhares, contato físico, respeito mútuo, entre outros elementos a depender da situação (Juliano; Yunes, 2014, p. 137).

Assim, a manutenção e estruturação das redes de apoios necessitam do apoio social, fazendo com que essa PVHIV se sinta pertencentes a uma rede social que a acolhe, aconselha e a respeita como ser humano, independente da enfermidade que possua.

5.3.2 Contextos Secundários – Complementares: Aspectos Sociais, Culturais E Estruturais

Na cidade, o padrão sociocultural influencia as vivências cotidianas de seus cidadãos. Comportamentos e atitudes são fiscalizados ao fugirem da norma e condenados a permanecerem no meio social.

Nesse panorama, é que os aspectos sociais, culturais e estruturais ganham importância e merecem destaque, haja vista que moldam tanto as experiências quanto às percepções acerca do mundo e do processo saúde-doença, seja ele individual ou coletivo. Com isso, reconfigura comportamentos a partir das relações sociais que são permeadas por crenças, práticas, valores e símbolos, além da organização política e econômica da sociedade.

Com esse cenário à vista, é necessária uma abordagem sociocultural para entender esse paciente que vive com HIV, diante das socializações que o mesmo realiza com o meio. Sobre a socialização, deve ser analisada no contexto da coletividade, ou seja, o ato de socializar com outros pares semelhantes. Por isso, uma sociedade só se forma quando ocorre essa relação entre sujeitos, dentro de uma esfera social influenciada por crenças, sendo parte do sujeito e formando variadas personalidades.

Em relação ao HIV, isso confirma, de um modo generalizado, que as vivências e experiências da PVHIV com o seu meio vão moldar a sua nova personalidade ou identidade como uma pessoa que vive com HIV. Dessa maneira, entender esse contexto secundário aproxima, assim como afasta, esse grupo de viver a sua nova realidade com dignidade e respeito. Por essa premissa, a discussão segue o mesmo princípio dos contextos primários: analisar falas desses pacientes e compreendê-los por meio de suas vivências. Em uma ótica sociocultural, faz-se entender:

Que a atividade humana é mediada e nela tem sido investigado o desenvolvimento humano dentro das práticas culturais dos grupos, que supõem o uso de diferentes formas de mediação. A partir desta orientação, entende-se que os mediadores - instrumentos, signos, práticas culturais - são carregados de significação cultural (Ribas; Moura, 2006, p. 130).

Dessa maneira, compreender esse aspecto é fundamental, sobretudo para entender a vida social, suas complexidades e sua promoção de saúde na sociedade. Para isso, destacamos os determinantes sociais de saúde nessa discussão.

5.3.2.1 Determinantes sociais

Os determinantes sociais da saúde são muito importantes para a concepção de saúde e seu binômio com a doença. É um processo que inter-relaciona esses dois conceitos a partir desses determinantes. E a compreensão destes, de acordo com Oliveira e Egry (2000), deve levar em consideração algumas dimensões, com destaque especial para a dimensão singular, esta, que é:

Relativa aos indivíduos e suas famílias, é aquela onde em última instância manifestam-se os processos que levam ao adoecimento e à morte, como expressão das formas de reprodução social de grupos sociais distintos, ou seja, a dimensão particular. Ambos articulam-se aos processos de produção e reprodução social da coletividade em que se inserem, cujo contexto e estrutura social são historicamente determinados, constituindo assim a dimensão estrutural (Oliveira; Egry, 2000, p. 14).

Essa dimensão tem seu escopo indexado a partir das experiências do próprio indivíduo e seu adoecimento, que se materializam por meio das desigualdades. Entende-se que a determinação da vida humana é indissociável de condições sociais e econômicas. Logo, a inserção da dimensão estrutural faz sentido, uma vez que é nela onde o modo de produção capitalista se insere, e é onde o HIV e seus portadores estão inseridos.

Além disso, adiciona-se uma última dimensão, aquela que é particular, que abarca a reprodução social de distintos grupos, que a própria dimensão divide em classes sociais desiguais, facilitando ou dificultando o acesso aos serviços de saúde. Isso contribui para o desequilíbrio do processo saúde-doença, levando um sujeito com saúde para um quadro de doença.

Diferenciar esses conceitos é essencial para a compreensão do quão dinâmico e interdependente é esse processo. De modo simples, a saúde seria um estado inerente a cada um, de bem-estar (físico, mental e social). Já a doença estaria relacionada aos sinais e sintomas que reconfiguram seu estado de bem-estar, ou seja, seria sua ausência. Entretanto, é preciso uma percepção mais profunda, afora conceitos superficiais já formulados. Ela deve refletir “a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (Scliar, 2007, p. 30).

E é a partir dessa elucidação que se insere a discussão sobre doença, que historicamente acompanha o ser humano, principalmente as doenças transmissíveis. A exemplo do HIV e da AIDS, que se destacam pelo fato de terem surgido primeiramente entre homens homossexuais, explicando, então, o papel das três dimensões citadas anteriormente.

O adoecimento pelo HIV, inserido na dimensão singular, vai ser mediado pela dimensão particular, que divide a sociedade em classes ou grupos, como os homossexuais, sendo determinados estruturalmente pelas relações de poder impostas pelo modelo de determinação de saúde proposto. Fundamental para entender como o vírus HIV se propagou tão rapidamente pelo mundo, vitimando e produzindo estigma e discriminação aos portadores do mesmo. Logo, não sendo propriamente biológico, mas determinado socialmente.

No acesso aos serviços de saúde, é observado o empenho do poder público em oferecer tratamento adequado às PVHIV, substancialmente quando é rememorado o papel do Estado na quebra de patente do ARV, que possibilitou a produção e o acesso gratuito ao medicamento. Em Rio Verde, o SAE faz o atendimento a cerca de 1200 pacientes portadores, advindos tanto dela quanto de cidades que a circundam (cerca de 27 municípios), além de moradores da zona rural, moradores de rua e pessoas privadas de liberdade.

Em vista disso, os participantes da pesquisa afirmaram que continuam seu tratamento no serviço especializado. Isso demonstra a confiança dos mesmos no serviço de saúde prestado e nos profissionais que ali trabalham. Sobre o início deste tratamento, apenas um dos entrevistados afirmou que iniciou na rede privada, mas migrou para o SUS. Sobre esse sistema, ele é muito importante, pois garante acesso universal, gratuito e integral em todos os serviços de saúde, incluindo testagem, aconselhamento, prevenção e tratamento ao HIV e à AIDS ofertados pelo SAE:

Sim, eu estava com um profissional desde o começo, porque eu comecei na rede particular, né, na época. E aí, achei mais viável migrar. [...] as minhas consultas, os meus exames, todos eu fazia particular. Só a medicação que eu retirava no SUS. E aí, esse ano, ano de 2024, que eu acabei migrando todo o tratamento para o serviço público (P22).

Além disso, associado a uma dimensão particular, as experiências de cada um podem ser afetadas a partir do que é imposto pela dimensão estrutural. Nos casos dos pacientes entrevistados, não houve menção, em nenhum contexto, relacionada à raça, classe ou gênero que tenha sido origem de alguma experiência negativa na sua trajetória social, mesmo pelo fato de procurarem um serviço gratuito. Quanto às vulnerabilidades associadas, não apresentaram ou comunicaram nenhuma situação que os colocassem nesse cenário, como uso de drogas, trabalho sexual, entre outros.

Finalizando esse contexto dos determinantes sociais, a inserção da educação é primordial, pois uma sociedade sem informação e, portanto, sem conhecimento sobre sua saúde e as doenças a que estão sujeitas, se torna um entrave para o seu desenvolvimento. No que tange

ao HIV, é essencial essa educação em saúde, sobretudo nas medidas de prevenção a esse vírus e sua doença. Nesse sentido, aos pacientes entrevistados foi perguntado o quanto eles acham efetivas as iniciativas do Estado em propagandas de prevenção, haja vista que geralmente elas acontecem em períodos de festas populares, como o carnaval. Houve discordâncias entre alguns, acreditando que são efetivas, e outros que não enxergam essa efetividade.

Para além das publicidades direcionadas a esses eventos, é preciso ter consciência da necessidade de uma educação social que seja humanizadora, que permeie a formação do cidadão desde a sua infância. Para Peixoto (2012, p. 50), essa formação:

É entendida como processo humanizador, como devir civilizatório, humanização do homem e do mundo. [...] Como formação cultural, que é formação para a liberdade e para a autonomia; é uma formação aberta, ampla, que valoriza o domínio teórico, o desenvolvimento da sensibilidade artística e cultural, o espírito da dúvida e da crítica, a preparação para o mundo do trabalho e o desenvolvimento corporal. [...] É uma importante contribuição para que a pessoa desenvolva as suas próprias habilidades corporais e intelectuais (Peixoto, 2012, p. 50).

O corpo nesse contexto, é o *locus* da sua evolução, das suas vivências e permanências, que são/estão inseridas no espaço geográfico, e não devem se restringir às práticas cotidianas. É preciso fugir de uma lógica, por vezes restrita, política-administrativa, atuando em uma “perspectiva de identificar as reais necessidades das populações, suas potencialidades, diversidades e particularidades” (Breveilheri; Narciso, Pastor, 2014, p. 57). O corpo se torna um agente intransferível para a consolidação de experiências nesse espaço, sendo físico e subjetivo ao mesmo tempo, se reconfigurando, experienciando e sendo marcador da sua trajetória. Assim, as falas observadas, além de concordar ou discordar, apontam para uma subjetividade, que coloca a responsabilidade dessa prevenção em cada um individualmente, ou seja, cada um deve ser responsável por suas escolhas, e então aceitá-las sem colocar a culpa no outro:

Acho que tinha que ser mais assim, frequentemente, não só no carnaval. E eu acho, assim, muito importante, porque isso abre bem a mente, tanto dos adolescentes, igual converso com o meu neto, né? Eu sempre incentivei, quando você chegar a hora, usa o preservativo. Entendeu eu sempre incentivei eles. Porque eu sempre incentivei meus filhos. Na época que eu fui incentivar eles a usar, meu marido ficou bravo. Diz que eu estava incentivando eles a prostituir. Eu falei, não, eu quero apenas proteger eles. Porque meus pais não podiam ensinar isso. Eles tinham muita vergonha. Entendeu? Foi igual quando eu se perdi com 15 anos. 14, 15 anos. Aí todo mundo ficou revoltado. Eu falei, não, vocês nunca me explicaram. Eu fui descobrir sozinha. Então agora ninguém precisa me ensinar (P2).

Tem muito tempo que eu não vejo nenhum. Tem muito tempo que eu não vejo. Tem alguns anos que eu não vejo nenhuma dessas propagandas. Mas eu acho que seja efetiva no sentido de algum veículo tem que levar essa informação, mesmo que seja numa propaganda de carnaval (P5).

São efetivas sim, e eu mesmo quando eu descobri que eu tinha, que eu peguei a COVID foi através de comunicação, qualquer doença que sai eu vou pro computador para pesquisar, entendeu qual é a reação dela, uma malária entendeu, uma pneumonia, a gente tem que estudar (P6).

Assim eu acho que vai da consciência do cara de querer usar ou não. Sei lá né, a pessoa na hora não lembra daquilo lá não (P11).

Não, eu creio que não, se não fizesse os casos não aumentaria entendeu. Assim, a PrEP ela evita muito você sabe né. Então, é a mesma coisa, ela é eficaz também. Então, o que acontece? Tem gente que esquece, por exemplo, esquece de tomar qualquer descuido. Tem que tomar cuidado porque tem DST de mata mais do que a AIDS, se você não cuidar (P12).

A maioria não. Tenho certeza que não. Porque tem doença demais, demais, tem gente do céu, tem mais gente doente nesse mundo que sabe de ruim. Porque essa doença, nossa, meu Deus (P13).

Sim, mas hoje em dia eu vou falar um pouco pela gente mesmo, mas eu vejo que, eu falo, em geral, as gays manauaras não estão nem aí. Tem remédio, a gente tem o remédio, a gente tem o remédio, mas só imuniza o HIV, tem outras doenças. Porque a PrEP, eles estão tomando, mesmo assim, continuam sem se cuidar. Mas tipo assim, elas são assim, eu tomo PrEP, eu estou imune. Tem tratamento para não pegar. Mesmo assim, tem que se cuidar. Tem outras doenças. Mas acho que elas são efetivas, eficazes (P14).

Bom, depende, porque hoje a gente vê que muita gente não assiste mais TV, então acho que a publicidade hoje em dia é um pouco precária. Não tanto por causa do governo, mas sim porque as pessoas mudaram a forma de consumir o conteúdo. Mas o governo peca muito em não se atualizar. Porque podia muito bem fazer propaganda no Instagram, que é onde o povo todo fica e não faz (P16).

Eu vou te falar um negócio sobre eles aconselhar a me preparar. Sabe, os caras vão estar lá drogados, bêbados, vai lembrar disso? Eu nunca fui de farra, nunca fui. Engraçado que, as minhas gravidezes foram planejadas, pra você ver como que é as coisas. Eu sempre me cuidei e dentro da minha casa descuidei. E o pior que quando a gente separou, ele falou pra mim, eu te traí. E ele já estava desorientado. Aí eu já não estava aguentando mais ele. Eu não sei se ele descobriu que a pessoa tinha, eu não sei, não sei. Aí eu falei assim, pois é, nessa traição, então já aproveitando que eu já não consigo mais viver com você mais, tchau. Mas eu não posso falar mal dele, porque ele foi muito gente boa comigo. Muito, muito, muito mesmo. Só foi mal nesse negócio aí. Porque não tem outro jeito, não, não tem. Eu não posso falar, nunca traí ele. E quando eu fiz a cirurgia da hérnia, eu estava com ele. Deve ter sido essa traição. E eu acho que eu sei quem que é. E eu olho para a pessoa, me dá aquela dorzinha assim, sabe? E eu acho que a pessoa trata aqui. E eu acho. Mas eu estou no mesmo barco que ela (P17).

No meu tempo, né? No meu tempo, eu não sabia, nem que existia camisinha (P18).

É assim, eu acho que não, porque, para começar, nessas coisas onde se faz essa propaganda, só dá drogado e alcoolizado. Qual pessoa dessa vai ter a responsabilidade de usar um preservativo? Eu falo assim, principalmente na época do carnaval. a pessoa não vai. É assim, o meu modo de pensar... vista é esse, não vai... Ele não vai prevenir (P19).

Funcionam sim. Agora tem muito caso que a pessoa se livrar, né? Tem aquelas propagandas que passa né? Pra você se cuidar, né, direitinho, você prevenir, né (P20).

Olha, sinceramente eu acho, mas aí vai de cada um, né? Pode estar um, um anúncio no seu rosto, na sua frente, mas vai de você, se vai usar ou não (P21). Olha, eu acho que nunca é tarde para reforçar, né? Ainda mais numa época como essa, usando o carnaval como referência, por exemplo. Onde todo mundo está, só quer saber de curtir, né? E acaba esquecendo um pouco das coisas. Mas eu particularmente.... Não vejo muito eficácia, porque eu acho que é uma coisa do indivíduo, sabe? De cada um. Então, é uma decisão que você toma. Por exemplo, eu já me submeti a relações sexuais desprotegidas pelo fato do momento no calor da emoção e tudo mais. Depois me arrependi, sim, né? Mas as campanhas são importantes? Sim, mas eu não sei o quanto elas atingem quem realmente está aí nos grupos vulneráveis, né? (P22).

Não, muito falha, muito pouco. Assim, parece que esse ano eu não vi nada. Eu vi uma unidade de saúde na minha cidade só que fez um programa do dezembro Vermelho (P23).

Acredito que sim. A informação, doutor, ela tem que.... Assim, a gente.... Não sou o estudante, não, mas o conhecimento, ele, acho que liberta a pessoa e conscientiza. E eu sempre vejo propaganda. Assim pensa em pouca. Esses dias eu até vi, acho que em Goiás, parece que teve uma tendência de subir de novo, que deu uma, a molecada nova cara, ela fica com ela, fica com ele, droga e tudo. Eu acho que se eles soubessem o quanto que é esse leão cara, eles cuidavam mais. É positivo sim, esse tipo de propaganda (P23).

Eu acho que ajuda, mas acho que deveria mais, ter mais ainda. Eu acho que falta um pouco. Na conscientização. Acho que tem conscientização, mas acho que falta explicação sobre. Porque acho que muita gente tem um medo da doença, mas não sabe que é uma coisa bem.... Não tem a cura, mas o pessoal não sabe que é uma coisa bem tranquila de se viver com. A gente acha que tem uma qualidade de vida, às vezes, até melhor do que quem não tem... Eu acredito que eu tenha essa idealização que hoje em dia a gente, a gente conviver com uma pessoa que tem HIV indetectável, é mais tranquilo do que você conviver com uma pessoa que você não sabe o que é" (P25).

5.3.2.2 Sexualidade e vida afetiva

A sexualidade é inerente ao ser humano. Desde que o mundo é mundo, ela se configurou e, através do tempo, gerou debates políticos e morais que tinham a intenção de coibir a sua expressão. Ainda hoje, acontecem discussões sobre o tema. No que tange ao HIV, tanto a sexualidade quanto a vida afetiva se configuram como entraves para uma política conservadora, que insiste em permanecer nos intermédios sociais.

O HIV, em sua trajetória, se utiliza do sexo desprotegido e fez sua morada nos corpos sexualizados. Após o seu surgimento, atingindo gays em sua maioria e outros grupos vulneráveis (profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis), o sexo homossexual foi marginalizado, apontado como a origem dessa epidemia.

Desde então, discutir a sexualidade de pessoas que vivem com HIV ainda é tabu e, em algumas situações e contextos, como a religião, ele é condenado. Isso acontece por conta do comportamento de risco desses sujeitos, mas não exclusivo dos mesmos. Sobre esse comportamento, de acordo com Sá e Santos (2018), ele:

[...] não depende somente das pessoas, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas. Além disso, a vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais como família, escolas e serviços de saúde que podem, ou não, fornecer recursos sociais para que a população não se exponha ao HIV e se proteja de seus danos (Sá; Santos, 2018, p. 775).

Com essa premissa em mente, de que o corpo é vigiado e permeado pelas relações de poder, ao se descobrir o HIV “a qualidade de vida de pessoas soropositivas é afetada principalmente no domínio da atividade sexual” (Sá; Santos, 2018, p. 775). O medo de transmitir o vírus, disfunções sexuais, mudanças no corpo, a dificuldade em se comunicar com o parceiro, dificuldade para engravidar, são alguns dos impactos que podem afetar a vida sexual e afetiva de uma pessoa que vive com HIV.

As percepções são variadas quando perguntados sobre vida sexual e vida afetiva. Do total de entrevistados, oito afirmaram estar em um relacionamento (casado ou união estável), mostrando que a vida afetiva não foi afetada. A paciente 2 relata preocupação em contaminar seu parceiro, insistindo sempre para que o mesmo faça exame, pois, de acordo com seu relato:

Eu queria que ele fizesse porque algumas vezes quando ele tava bêbado, ele não queria usar a camisinha, então eu tenho medo que ele tenha pegado (P2).

Já o paciente 12 revela ter vida sexual ativa, mas sempre com segurança, usando prevenção combinada – camisinha, ARV (estando indetectável) e PrEP – utilizada pelo seu companheiro.

Não, hoje eu sou casado depois, mas assim, depois que eu descobri, a gente não tem relação sem ser desprotegida mais, né? Aí, tipo assim, ele tomou a PrEP e eu estou indetectável já também. Tem que ter cuidado, entendeu? Não existe mais relação sem preservativo, entendeu? (P12).

Quanto ao paciente 18, explica que adquiriu o HIV pelo marido e que o perdoou, mesmo recebendo conselho contrário à sua decisão, demonstrando preocupação quando o mesmo abandonou o tratamento:

Ele tava me escondendo e eu vi que ele tava, assim, soltando o couro das mãos. Só que o dele já virou a AIDS, sabe? O meu ainda não. Ele parou o tratamento em 2016. Até então, a mulher dele morreu. A esposa dele, a que ele tinha. Que ele pôs nela também. Diz que ele pegou isso lá pra Bahia, pra lá. [...] Aí ele falou assim, você me perdoa? Aí eu falei, perdoo, perdoo sim. Aí foi a psicóloga, a Jana, né? Ela falou, não, você tem que viver pra ele, ele pra você. Aí a gente começou um tratamento junto. [...] Eu tive mais confiança. E aí hoje eu tô bem. Ele que é um pouco mais estragado, porque ele deixou abater a doença. E eu falei pra ele, você vai tratar. Só que as mãos dele são muito ressecadas, a unha, os pés. Mas assim, ele não deixa de usar o remédio. [...] Então, aí todo mundo fala assim, até a própria família dele, a prima fala assim, você deve amar ele demais pra você perdoar ele, porque você era uma mulher sadia, né? [...] E a mim, ele tem que dar graças a mim. Se eu não falo com ele, ele tinha morrido. Ele tinha morrido. Ele tava bem fraco. Pra você vê, de 2016 a 2018, ele nunca mais tomou um comprimido. Três anos. Tava fraquinho, fraquinho (P18).

O caso do paciente 1 é curioso, pois mesmo estando casado, afirma não ter vida sexual regularmente. Aponta o fato de sua libido ter diminuído e as mudanças comportamentais de seu companheiro:

Minha libido diminuiu muito, e segundo meu médico Dr. Plínio isso é psicológico. Em relação a meu esposo, ambos mudamos muito em relação ao outro. Eu não sei o que ele pensa sobre mim, e nem ele tem noção do que eu sinto. A vida afetiva está estranha de mais, pois eu amo ele muito e sempre desejei o melhor na vida dele, sempre me senti mais seguro de onde ele pode chegar e tudo que pode conquistar, mas não tenho a mesma segurança nem confiança referente a mim mesmo. E sinto que as escolhas dele mudou muito ele, principalmente referente a mim (P1).

Os demais pacientes se declararam solteiros, divorciados ou viúvas, no caso de duas mulheres já em idade avançada, idosas, que são relatos importantes e merecem destaque. A paciente 4, que mesmo na faixa etária entre 70 e 79 anos, tinha vida sexual ativa, pois descobriu o seu diagnóstico há sete anos e, consequentemente, teve apoio da filha, também portadora do HIV:

Foi o seguinte, eu tinha arrumado uma pessoa e essa pessoa, segundo ele, não sabia. Aí tem um médico amigo da gente, viu para fazer uns exames. E nesses exames deu. E aí ele estava bem forte. Hoje está tranquilo porque a gente se separou. Porque aí ele entrou na droga, e aí eu falei pra mim, num dá (P4).

Os outros entrevistados, como os pacientes 16, 19, 20 e 24 responderam esse questionamento apenas com uma palavra: sim. O paciente 22, vale mencionar, afirma que tem vida sexual, no entanto, sem expor sua sorologia, com expectativa de um dia ter essa conversa com seu companheiro:

Sim. Hoje eu tenho um parceiro que está comigo já há seis meses. A gente ainda não falou a respeito, porque é o começo de uma relação ainda. Mas eu estou me preparando para a gente ter esse diálogo (P22).

Os demais negaram ou escolheram não responder. O caso do paciente 21 merece um destaque, pois afirma que sua vida sexual está parada, explicando sua motivação

Era bem... bem ativa, sexualmente, assim, por assim dizer, eu tinha vários parceiros. [...] Sendo de óbvio, assim posso dizer que realmente gostava, mas depois que eu descobri já não é tão mais ativo, porque não sei, tipo assim, lá na minha cidade os homens me procuravam muito porque eu era novinho e tal. E depois que eu descobri, querendo ou não, algumas pessoas, eu acho que algumas pessoas da minha cidade souberam e não me procuraram mais, assim, meio que fiquei esquecido, sabe? (P21).

Nestes dois últimos casos, a questão de contar ou não sua sorologia entra em conflito. Porque, se de um lado o paciente tem uma vida sexual ativa, e pode ser que esteja assim pelo fato de não ter revelado sua condição de saúde, por outro, ocorre uma discriminação justamente por alguém ter descoberto sua condição, e, por conta de fofoca, os homens não o procuram mais. É uma contradição. Se a pessoa é julgada por um parceiro sexual por ter escondido sua condição, ao mesmo tempo ocorre a discriminação com quem expõe seu diagnóstico.

De qualquer forma, a sexualidade é singular para cada um. E cabe somente à pessoa que tem o HIV decidir o que é melhor para sua vida sexual, que é impactada de forma mais expressiva, desencadeando, entre outras funções orgânicas, a “redução da libido, diminuição frequente de relações sexuais e até mesmo abstinência, interferindo no exercício da sexualidade” (Sá; Santos, 2018, p. 776). Como já afirmado pelo paciente 1

5.3.2.3 Temporalidade e trajetória

O processo de descoberta do HIV é uma trajetória marcada por diferentes fases, que se inicia com o diagnóstico até a evolução da doença, atravessado nessa conjuntura pelo uso do

TARV e pelas consequências sociais. Logo, são temporalidades que vão definir o *modus operandi* desse paciente em relação ao seu quadro de saúde.

Cada fase, nesse contexto, vem carregada de significados e crenças, que direta ou indiretamente, por meio da temporalidade, vão estruturando a consciência humana em partes, pois é provisória, formando um uníssono cognitivo, que é o permanente. Na perspectiva da fenomenologia, na interação corpo e mente, essa dualidade é ultrapassada, pois “a consciência é mais do que seu corpo que, ao viver continuamente, transcende. Esse transcender não implica algum dualismo de mente e corpo, mas uma intensa experiência unitária” (Maldonato, 2008, p. 45).

E é isso que consolida as trajetórias de pessoas que vivem com HIV. Em relação a essa discussão, a entrevista não se prestou a entender essa trajetória pré, durante e após o diagnóstico, mas apenas compreender a visão desses pacientes sobre a vida pré e pós HIV. O que mudou? Se cuida mais? E a qualidade de vida? São várias questões a serem respondidas, e que muitas vezes não se têm respostas concretas, pois é subjetivo a cada um que vive e convive com o HIV e atravessado por vivências cotidianas.

Além disso, no contexto da temporalidade, a entrevista buscou entender as razões que levaram a esse diagnóstico positivo para o HIV. Para isso, questionou-se aos pacientes se, enquanto jovens, os mesmos tiveram aconselhamento dos pais ou de pessoas mais próximas, no que tange à prevenção e cuidados com a saúde sexual, para que, assim, pudessem ter evitado sua contaminação. É válido esse questionamento, porque mostra como cada um enxerga a si mesmo no seu atual momento.

Desse modo, far-se-á dois caminhos: analisar a opinião desses pacientes em relação ao aconselhamento recebido ou não, quanto à prevenção e cuidados em saúde, compreendendo como era o pensamento através do tempo, e, por fim, observar como esses mesmos pacientes passaram a enxergar a vida pós-diagnóstico.

Nem tão jovens, nem tão idosos. Essa é uma percepção dos entrevistados. Tendo isso em vista, uma breve discussão acerca da sexualidade de pessoas idosas é necessária. Com apenas duas pessoas idosas entre os entrevistados, observa-se que a idade não foi empecilho para que estes mantivessem uma vida sexual ativa, observando que uma contraiu o HIV aos cinquenta e cinco anos e a outra aos setenta. Mesmo que, após seu diagnóstico, tenham resguardado sua sexualidade.

Nas duas últimas décadas, a vida sexual do idoso foi estimulada, principalmente pela indústria farmacêutica e pelo surgimento de medicamentos para disfunção erétil. Concomitante a isso, tornou esse grupo específico mais vulnerável a infecções sexualmente transmissíveis

como o HIV, por conta especialmente do não uso de camisinha. É preciso pensar que, por muito tempo, “a sexualidade de pessoas idosas foi negada e esquecida, gerando mudanças em seus aspectos socioculturais” (Bittencourt; *et al.*, 2015, p. 580).

Essa contextualização se faz necessária para elucidar que, na contemporaneidade, não existe uma faixa etária fixa para que uma pessoa interrompa sua vida sexual, bem como não há uma faixa etária fixa para que uma pessoa possa se infectar pelo HIV. Do mesmo modo que os mais experientes tiveram suas experiências, às gerações mais modernas também encontraram formas de viverem sua sexualidade e se satisfazerem sexualmente. É preciso respeitar cada fase, cada tempo, cada geração, na intenção de compreender como essas mudanças se configuraram.

Assim, perguntados se na sua juventude – ou nem tanto, identificando entrevistados que ainda não chegaram aos trinta anos, e outros já em uma faixa de maturidade entre os trinta e cinquenta e nove anos – foram orientados pelos pais ou qualquer outro membro da família e amigos de confiança sobre sexualidade, prevenção e cuidados de saúde. As falas, em sua maioria, discorrem sobre a questão do tempo e as mudanças de pensamento e concepções que ocorreram através dela:

Não tive, não. Eu lembro que com esse cara que eu se perdi foi que eu conheci o preservativo. Entendeu, aí de lá pra cá eu sempre usava. Quando eu parei de usar foi com o meu marido mesmo, quando eu casei, com 17 anos. Quando eu fiquei grávida. E aí eu confiava nele, mas isso não tinha acontecido (P2).

Não, eu nunca tive essa conversa com nenhum familiar meu (P7).

Não, nunca. Tanto é que, por exemplo, eu não sou daqui de Rio Verde. Eu sou de Alagoas. Então, eu acredito, assim, tenho quase certeza que eu contrái aqui. Porque eu vim ter sintomas aqui. Então, como faltou essa educação, né, de se preservar, de sempre usar camisinha, do risco que, por exemplo, sempre teve esse índice alto, não tive alguém que me ajudasse assim, olha, mesmo você com relacionamento, se cuide e tal, tá entendendo? Acho que faltou muito isso. Porque quando você sabe do resultado é bem chocante, você começa a se culpar. É bem isso (P9).

Não, porque o povo mais antigo, é mais fechado em questão dessas partes, né? De conversar com o filho, essas coisas. Não, na verdade, eu fui aprendendo sozinha. Igual o menstruar mesmo. Minha mãe nunca sentou comigo e me falou, minha filha é assim, assim, assim. Que antigamente isso era um tabu, né? Então... foi com o tempo mesmo aprendendo já é diferente de hoje em dia hoje em dia eu converso com as minhas meninas a minha tem 16, a outra tem 13, vai fazer 13, então tudo que eu converso com a mais velha, a mais nova escuta também eu falo, mas antes de eu te ensinar do que é, pra depois não falar, pai não tá nem aí mãe não tá nem aí, então (P10).

Os meus pais sempre foi esse pessoal da roça, quase nem tocaram nesse assunto, mais professora, quando eu fui tirar a habilitação tem aquela parte que fala, mas o cabeçudo foi eu mesmo. O sem vergonha, foi eu. Eu já sabia que eu podia correr o risco. Mas é aquela coisa, é igual ultrapassar de carro. Então acho que vai dar. Se não der, o carro vai morrer (P11).

Não. Até hoje. Os pais da gente são umas pessoas desinformadas, cara. Enquanto a isso, entendeu? Essa parte de liberdade de nós vamos falar com

os pais, já vem quase dois mil para cá. Os pais já chegaram a ter conhecimento quanto a isso. E poucas famílias fazem isso, chamam o seu filho quanto a isso. Você sabe disso. Tem pai que tem até vergonha de falar isso com os filhos. Cara, eu creio que não evitariam muito hoje. Sabe por quê? Porque as pessoas nunca vão com a cabeça dos pais hoje. São o que causam o transtorno. No momento que te faz feliz pode te prejudicar lá na frente. Então, são os casos são esses. Você acha que o momento aqui deve estar bom, mas depois vem as consequências, aí as consequências que tem que aguentar (P12).

Nunca. Nossa, papai era muito, ele era muito rígido, se a gente pedia pra sair, ele falava, não, acabou. E sempre tinha que ter um irmão pra ir com a gente, comigo e com a minha irmã. Eu nunca, nunca, nunca deixava sair (P13).

Tive, só que meu pai falou, mas ele falou eu estava com o quê? Uns 12 anos de idade, depois aí eu me perdi no mundão aí, acabou. Então foi a rotina, então, né? (P15).

Não, meu pai era aquele senhor bem fechado, não conversava. Não conversava sobre isso. Eu falo assim, meus pais nunca foram de conversa, nem outras coisas, brincadeiras (P19).

A minha mãe é uma pessoa muito religiosa. Então, pra ela isso daí foi castigo de Deus, e sim. Ah, não deixa de ser um castigo de Deus, cara. Mas, gente, o meu pai é... Eu amo meu pai, mas a gente não tem muita intimidade de falar sobre alguns assuntos (P21).

Nunca, nunca. Minha família é muito conservadora, né? Os assuntos que eu tinha foi na escola, então isso nunca foi uma pauta debatida dentro de casa (P22).

Não. Acho que os nossos pais...eles eram mais conservadores, então não tinha esse tipo de conversa sabe (P24).

São falas diversas que direcionam a um entendimento de que a orientação familiar é fundamental para o apoio e cuidado com a PVHIV. Se essa orientação viesse antes do diagnóstico, talvez esse diagnóstico pudesse ser evitado. O que se observa nelas é uma desinformação que muitos pais possuem e que vem associada ao seu modo de criação conservador, que os direcionou a reproduzir o mesmo tipo de criação com seus filhos. Outro fato sobre essa orientação diz respeito à religião, que é um fator que impede os pais de conversarem com seus filhos.

E essa orientação está intimamente ligada ao uso da camisinha como principal meio de se prevenir a transmissão pelo HIV. Em pesquisa recente, Felisbino-Mendes *et al.* (2021, p. 7-8) fizeram um panorama sobre prevenção e apontaram que “um em cada cinco brasileiros usava preservativo em todas as suas relações sexuais, enquanto mais da metade da população com vida sexual não usou preservativo em nenhuma relação nos 12 meses anteriores à pesquisa”.

É um dado alarmante, haja vista os riscos de se fazer sexo sem proteção, reforçando a ideia de que os pais, no avançar do tempo, mesmo com todas as modernidades e a reconfiguração da relação pais-filhos, ainda se sentem omissos em relação à orientação sobre sexualidade, sexo, cuidado e prevenção.

E muito dessa omissão advém desse conservadorismo social ainda presente, o que gera ainda mais preconceito tanto em relação à sexualidade quanto ao HIV em si, que já vem carregado de estigmas construídos historicamente pela sociedade vigente, insistindo em propagar essa visão marginalizada em relação às pessoas que vivem o HIV. Jessé de Souza, em *Ralé brasileira*, discute essa questão da classe dominante sobre qualquer grupo vulnerável, discorrendo sobre uma “invisibilidade social” presente, que ele identifica como ralé:

Que está abaixo dos princípios de dignidade e expressivismo, condenada a ser, portanto, apenas “corpo” mal pago e explorado, e por conta disso é objetivamente desprezada e não reconhecida por todas as outras classes que compõem nossa sociedade. Essa é também a razão da dificuldade de seus membros construírem qualquer fonte efetiva de autoconfiança e de estima social, que é, por sua vez, o fundamento de qualquer ação política autônoma (Souza, 2009, p. 122).

Enquanto persistirem ideários conservadores permeando as sociedades modernas, grupos sociais como as PVHIV continuarão sendo marginalizados, permeados por relações de poder que as reprimem em detrimento da manutenção de uma ordem social já pré-estabelecida e vista como imutável. Para esse autor:

É apenas porque nós brasileiros permitimos a reprodução continuada de uma classe condenada a ser “corpo” sem alma ou mente (ou seja, uma forma de “indivíduo racional” aproveitável econômica e politicamente) que podemos também temê-la e persegui-la cotidianamente como delinquentes ou delinquentes potenciais. É apenas por serem percebidos como meros “corpos”, numa sociedade que valoriza a disciplina e o autocontrole acima de tudo, é que essa classe desprezada é vista como tendencialmente perigosa (Souza, 2009, p. 122).

Já sobre as trajetórias, partindo da noção de que há uma reprodução da discriminação histórica contra as pessoas infectadas pelo HIV, que, de acordo com Muniz e Brito (2022), se originaram a partir de normas sociais anteriores à epidemia e das estruturas hierárquicas sociais que privilegiam as classes superiores e marginalizam os grupos sociais que não seguem a identidade dominante, é necessário entender que elas são individuais e fundamentadas por meio de constructos cotidianos. Por isso, cada uma adquire uma percepção de si e do meio à sua volta, onde suas relações interpessoais são consolidadas. E é a partir delas que vão se construir suas subjetividades.

Com o diagnóstico de HIV, essas subjetividades são internalizadas e interpretadas para a formação de uma nova identidade. Nesse sentido, o questionamento sobre a visão ou percepção de vida, antes e depois do diagnóstico, é fundamental. Para Almeida e Labronici (2007), ao discutirem sobre trajetórias que muitas vezes são silenciosas, de portadores de HIV,

vislumbram que o momento mais crítico na vida dessas pessoas é a descoberta da soropositividade. Para essas autoras, esse momento acaba:

“[...] evocando sentimento de ansiedade, angústia e medo, no qual não vislumbram a possibilidade de um desfecho sereno. Há a consciência de um perigo emanado não apenas pelo significado da doença que define o limite de sua existência, mas também a possibilidade de grandes perdas que inscreverão profundas mudanças no modo como se percebem e vivem; um perigo que vem de fora, dotado de uma força avassaladora, um fantasma sem face definida que está em todos os lugares e personifica uma ameaça originada pela real convivência com uma sociedade preconceituosa e discriminatória que lhe atribui a marca da degradação. Diante desses fatos, acreditam que seu destino está traçado.

Essas situações levam as pessoas a vivenciarem emoções singulares e particulares, dependendo de suas trajetórias de vida – mas que são significadas no imaginário coletivo da AIDS – permeadas pelo medo da rejeição e do abandono, encerrando-as numa imperiosa necessidade de ocultação do diagnóstico, seja no âmbito familiar, seja nas relações sociais e de trabalho. Ocultam a sua sorologia, não pela informação objetiva e afirmativa de ter um vírus, já que não é um vírus qualquer. É o HIV, que pela sua roupagem metafórica conduz a um julgamento moral e reprovável, que invade a vida privada, revela um lado obscuro, ilícito e desvela os prazeres do corpo que excedem o ‘controle da carne’. E como o destino já está inscrito aos transgressores, sabem que serão punidos, excluídos e deverão sofrer pelo ato que cometeram. Em função dessas possibilidades geradoras de sofrimento, escolhem o segredo e muitas vezes se isolam no sentido de se proteger, pois enfrentar essas situações significa ultrapassar as forças de que dispõem (Almeida; Labronici, 2007, p. 271).

É uma abordagem muito ampla, descrita pelas autoras, e engloba todas as nuances pertinentes à descoberta de um resultado positivo para o HIV. Entretanto, não se pode generalizar essas nuances a todo um grupo específico. Nesse sentido, a exposição dessas subjetividades é imprescindível para compreender como cada um enxerga o HIV, a partir de suas vivências e relações consigo mesmo, com o meio em que está inserido e com seus pares. Portanto, optou-se por inseri-las na íntegra, com vista a uma análise crítica e sensível ao momento de descoberta de uma enfermidade, que pode nunca ter uma cura:

Antes eu apenas levava a vida numa boa sem muitas preocupações. Hoje tento me cuidar ao máximo. Levo uma vida pensando sempre se estou bem e o que posso melhorar para evitar ficar doente. Posso dizer que hoje minha saúde é minha prioridade. A perspectiva do futuro é estar saudável para ver meus sonhos se realizarem e comemorar os momentos bons com quem eu amo (P1). Antes, parecia estar tudo normal, né? Até eu descobrir. Aí foi um choque. Mas depois que eu descobri, eu achava que a morte seria o melhor. Menos dolorosa. Mas não adianta você querer partir antes. Aí quando eu descobri que minha filha estava grávida, eu senti vontade de viver. Senti mais, assim, mais importante, mais feliz. Por mais que eu tava bem com meu marido, mas com meus netos eu senti mais feliz. Eu já era feliz com meus filhos. Porque, assim, igual falava meu marido, eu não abro mão dos meus filhos. Abro mão de você, mas dos meus filhos, não. Mas algumas pessoas falam que está errado, porque seus filhos vão casar e depois vão embora. E realmente.

Quando o meu último filho casou, eu fiquei mal. Eu pensei assim, agora eu posso meter os pés nele. Posso ficar sozinha. Mas não era assim. Ele foi meu parceiro (P2).

Com o tempo, depois que eu descobri, eu fiquei meio assim, né? Achando que não podia ser aceito na sociedade, em nenhum lugar. Não podia triscar. Eu ficava meio com receio de triscar no sobrinho meu, que eu gosto demais. Mas hoje em dia, para mim, quando eu descobri no lema sobre a doença do HIV, então fui descobrindo que nada disso é. A vida é normal. Pra mim é normal (P3).

Quando eu descobri, eu entrei em depressão, porque eu achava que era o fim do mundo, aí a primeira vez que eu vim, que foi com o Dr. Plínio, aí... teve a senhora que chamou para poder fazer as perguntas, e eu fui falando para ela que eu fiquei muito revoltada. Que eu achava que ele sabia e não contou, aí ele confirmava que não que eu não sabia, aí eu falei para ela que eu tive depressão, passei sabe, mas hoje ta tranquilo (P4).

Ela mudou e mudou para melhor. Porque antes de descobrir, eu levava um estilo de vida que não era um dos mais saudáveis e agora eu levo um estilo de vida que é mais saudável. A partir de exercícios de atividades físicas, alimentação, propósito. Preocupação com a minha saúde, preocupação com o meu peso. Então, eu não tinha essa rotina antes. E hoje eu entendo a necessidade de ter essa rotina, sendo soropositivo ou não, mas, mais ainda, sendo soropositiva (P5).

É melhor. A relação aqui hoje por exemplo ou você vê as pessoas que são meus amigos são meus amigos entendeu por exemplo coisa que eu não fazia entendeu, hoje, hoje eu faço, aproveito minha vida, sem prejudicar ninguém, sem magoar ninguém. Entendendo? (P6).

Ah, eu meio que tô tentando achar um propósito, sabe? Tipo, antes eu não tentava, eu só me jogava e, sabe? Entende isso? Eu me jogava ao relevo. E agora eu tô mais me cuidando, mais tentando cuidar de mim, entendeu? Seria mais ou menos isso (P7).

Sim, precisa cuidar. E o pior que eu sei, é que eu não sou tão cuidadoso assim com essa questão, vamos supor da alimentação, eu me alimento normal. A atividade física ainda não, tipo assim, lógico eu quero fazer, mas é que eu tô acomodado. Mas, de todas as consultas, no complemento acho que nunca houve algo que o doutor fizesse eu focar em melhorar ou sei lá me controla. Hoje eu me sinto normal (P9).

Fala a verdade. Porque, graças a Deus, minhas redes de amigos já continuam a mesma, que sabem, família. O doutor P. até brinca comigo. Ele fala, "você tá fazendo exercício?" Eu tô, aham. Eu ando lá em casa, vou passar a roupa no quarto. Ele dana comigo, "você tem que fazer academia, você tem que fazer alguma coisa, você vai ficar sedentária". Eu sei, doutor Plínio, mas. Trabalhei três anos na academia, eu fui uma vez. Dentro de três anos na academia, eu fui uma vez. Não mudou em questão da alimentação também não. Tem vez que eu esqueço. Agora nós trabalhamos de viagem, a gente trabalha fora. Nós vamos fazer um serviço em outra cidade, talvez quando a gente vê, já passou do horário do almoço, aí nós vamos ali comer um salgado, comer uma coisinha e fica até na hora da janta. Aí tem vez que nem janta, faz um lanche, alguma coisinha assim (P10).

Assim, eu mudei os hábitos porque eu gostava de tomar cerveja, bebia direto, aí eu falei, aí uns colegas meu falou comigo, se você tomar vai cortar o efeito do remédio, então aí eu tomo uma de vez em quando e por conta daquilo. Antes atrás eu não sabia. Não é proibida, mas a gente precisa tomar cuidado, tipo que nem ontem, eu tomei duas cervejas você fica com o corpo carregado, porque se eu tomo o remédio 10 horas da noite ou meia-noite, de manhã você não aguenta secreção na garganta (P11).

Não, a minha rotina não mudou nada. O que mudou foi minha perspectiva de vida. Eu tive que correr atrás do meu bem-estar. Antigamente eu não estava preocupado com isso porque eu não tinha nenhum problema. Hoje eu tenho que pensar da forma de mim. Sim, entendeu. Inclusive, a primeira coisa é você não deixar de usar os remédios. Então, o segundo é uma boa alimentação. Você tem que ter, porque isso aí faz parte. Acho que um, dois meses, três meses eu peguei dengue. Eu fiquei, acho que eu estava levando o trabalho, tipo assim, eu levanto 5 horas da manhã. Aí eu não tomo café pela manhã, 5 horas da manhã você não está com fome. Aí você vai estar com fome lá para 8, 9 horas. Aí tipo assim, às vezes eu não tomava café e ia sair comendo uma banana, alguma coisa. E eu ia almoçar, às vezes 2 horas, 3 horas, e já queria levar o serviço para não terminar. Então, aí eu fiquei doente, a minha imunidade ficou lá embaixo. E aí eu fiquei muito no soro. Que que acontece por causa da minha alimentação. Aí falei não, a partir de agora vou mudar, porque a imunidade tava baixa porque eu não tava me alimentando na hora certa, aí eu partir de agora quando for 11 horas eu paro, aí vou para casa almoçar. Aí só salto para trabalhar depois que eu almoço. Todo dia eu não faço mais isso. Nem que eu pare 10 horas. 10 horas eu fico em casa até meio-dia. Aí eu como alguma coisa e pronto. Acabou. Assim, agora se você não tem hora para comer, não tem hora para dormir, não tem hora para nada, o teu organismo vai ficando com risco. Ainda mais nós que fazemos tratamento, não pode ficar sem comer. Os remédios dão muita dor de estômago, muito fortes. Porque se eu não me alimentar, vai doer (P12).

Antigamente era uma coisa, hoje é outra (P13).

Antigamente minha vida era totalmente bagunçada, só era festa, putaria. Vivia bêbado, tocava o foda-se. É melhor, eu não bebo mais, só socialmente. Não estou descontrolado. Mas é como se fosse. Me vejo formado, com a minha casa. A minha vida profissional bem resolvida, bem resolvida mesmo. Eu vim aqui determinado buscar tudo, deixei para trás, te juro. Eu já me voltei para estudar, não perdi tempo, agora voltei vou começar a tirar minha habilitação e precisei sair de onde eu estava, porque além de lá, de conviver com pessoas que tem que toca o foda-se. Além disso, te oferecem muita droga (P14).

Rapaz, o que que acontece? Eu sou assim, eu tenho coisas que tipo assim, eu comento para uns colegas meus, quase que comigo é a mesma coisa que não está acontecendo, ainda tem gente que procura: “você tem?” Aí fala gerando, vai saber de um para o outro, aí fala “eu não vou mais o homem que tem isso”. Que que acontece? Mas é assim, que eu posso falar, tranquilo, eu ando aí normal, nós vamos ser iguais os outros seres humanos, amigo, amiga, tem muito conhecimento com todo mundo. Hoje eu me alimento melhor, se cuida mais, mais ainda, né? Eu já se cuidava, agora é o dobro, né? Eu bebia, mas aí eu parei. Eu não bebo, né? Fiquei muito anos sem beber. Aí esse dia eu tomei, mas depois eu fui parar de pensar. Antes de eu fazer isso, eu parei e falei, ah, se o remédio é melhor, eu tô tomando pra mim ficar com saúde melhor, por que eu vou fazer isso? Eu fazia, mas parei, por que vou fazer agora? Mas eu fico com medo, tipo assim, eu, né? Na minha pessoa eu fico com medo de alterar qualquer coisa. Quando eu vou fazer os exames assim, tranquilo, mas eu não caço de inventar porque eu fico com medo demais. Morte, morte qualquer um morre né” (P15).

Bom, esperar o melhor para que haja pelo menos uma vacina, que a gente estava perto, para tentar frear essa pandemia né. E que outras pessoas não tenham. Hoje em dia eu tenho a possibilidade de estar controlado, mas meu sonho mesmo é não me curar no que outras pessoas. Eu não tinha a mesma preocupação. Preocupação praticamente quadruplicou e tanto que fez muito mal para minha saúde mental, mas... (P16).

Eu vou te falar um negócio. Eu vivo é. Não sei explicar. Tipo assim, eu vivo hoje achando que amanhã, eu não vou estar viva mais, que eu não queria, sabe? Não queria. Eu perdi. Assim, eu era muito alegre, eu perdi isso, todo mundo reclama, o que aconteceu? Aí eu coloco culpa e, ah, minha vida tá tão assim, mas tô de boa e tal, mas nunca falo. E tipo assim, eu fico muito, eu trabalho com alimentação. E eu parei de trabalhar (P17).

Não, assim, depois que eu descobri assim, mudou muitas coisas, né? Mas aí depois, com o passar do tempo, pra mim é a mesma vida de antigo, que eu nem lembro. Eu me sinto bem. Eu não sinto nada (P18).

Não, antes era assim, levava a vida normal. Quando descobri foi aquele choque, né? E mudei a rotina totalmente. É, por exemplo, beber, fumar. Não, eu bebo. Hoje eu bebo. Mas depois foi conversando com o médico e é uma coisa que tudo em excesso é sobra, né? Então, de uma forma ou outra, antigamente não. Aí depois, quando eu descobri, eu parei, fiquei um bom tempo sem beber. Aí depois você vai caindo na realidade e vai conversando com os médicos, esses trens, eles vão explicando o que que é, aí cê já vai. E na época eu parei (P19).

Para mim, eu estou enxergando a mesma coisa. Sabe por quê? Não vou me preocupar não. Não, eu não sinto nada, não sinto problema, nem nada. Não estou sentindo nada, nada. Do efeito que continua a minha vida, está do mesmo jeito. Agora só o que acontece é que tem que tomar o remédio diretamente. Mas o negócio de dizer que eu estou sentindo uma coisa, não (P20).

Minha vida antes do HIV? Olha, minha vida antes do HIV era bem... bem ativa, sexualmente, assim, por assim dizer, eu tinha vários parceiros. Então eu diria que minha vida hoje em dia eu digo que é melhor. Não sexualmente. Minha vida hoje em dia sexualmente ela é bem parada. Mas eu digo minha vida em geral, no caso, melhorou mil por cento. Mil por cento mesmo. Lá em Manaus era bem difícil e aqui tá bem melhor (P21).

Olha, eu não sei o quanto eu consigo te responder essa pergunta, por quê? Meu contato com a HIV foi durante a faculdade, então eu não morava aqui, eu vim de uma cidade muito menor, eu digo que quando eu vim para cá eu descobri o mundo, eu descobri as festas, eu me inseri na comunidade. Então, naquela época, eu não tinha muitas perspectivas, a não ser terminar a minha graduação, arrumar um trabalho. E aí foi bem onde o HIV entrou na minha vida. E aí, desde então, como eu te disse, eu só me lembro quando eu tenho que vir aqui. Porque já, pra mim, já tô tão acostumado que até eu tomar minha medicação, pra mim, é uma coisa normal. Eu não chego lá no meu banheiro, olho para o meu medicamento e falo, eu estou tomando essa medicação porque eu tenho HIV. Não. Já se tornou uma coisa tão tranquila pra mim, que eu só tomo, sabe? Então, os outros dias, as outras horas do meu tempo, isso não faz parte da minha vida. Aí, por exemplo, quando eu tenho que vir fazer um exame, aí eu falo, nossa, eu lembro, nossa, eu tenho HIV, eu tô indo lá por causa disso. Então, as perspectivas eu acho que são continuar trabalhando, construir uma família, constituir uma família, né, viajar, aproveitar, aquilo que todo mundo... Todo mundo tem vontade e desejo (P22).

Eu vou te falar, vou te falar o seguinte, continua a mesma coisa no geral e eu, eu sempre gostei de trabalhar muito, trabalho para caramba. Eu trabalho na coordenação da tuberculose, hanseníase, leishmaniose de manhã, à tarde eu atendo no presídio e à noite eu atendo no hospital, na emergência. Então, sou enfermeiro, trabalho praticamente 36 horas durante a semana e folgo 12, aí no final de semana que eu tenho um final de semana mais folgado. Então, eu sempre, eu nunca tive tempo de ficar curtindo doença. Eu tive seis infartos, foi tudo. Um eu estava fazendo caminhada, outro eu estava na aula de dança, outro eu estava pedalando (P23).

Hoje assim por estar indetectável né, tô normal, bom outrora. Porém é aquilo que eu sempre menciono. Às vezes eu falo por código, às vezes as pessoas não entendem, quando eu vejo às vezes alguém com problema e tal, aí eu falo cara cada um de nós carrega um leão dentro de si, uns é maior outros é menor. Aí às vezes eu, assim, como que eu vejo o mundo hoje, às vezes o meu problema é bem maior do que o seu, entende porque assim, o cara está queixando ali, pegou uma dorzinha e nos bastidores a gente vive isso aqui ó, você vive, querendo viver no oculto e vendo tantas pessoas às vezes com oportunidade tá bem melhor, e as vezes dá vontade assim, ou não é assim que faz não. Então assim, eu vejo que é essa entrada, essa escolha, porque eu acho que isso foi uma escolha, desde aquele momento que eu fiquei sem a camisinha, foi uma escolha, eu não vou culpar Deus, o diabo, a pessoa, não, foi uma escolha errada, confiei. Então assim, a partir daquele momento para aqui hoje, aprendi a ver o mundo diferente e entender mais as pessoas. E aí eu resumo aquilo, às vezes você tem um problema, que o meu é bem maior do que o seu, e às vezes eu falo isso para as pessoas, e às vezes algumas pessoas convivem e falam, pô Marcelo, você tem uma autoestima. Aí eu olho no olho e falo assim, aí eu penso, você não sabe o que eu vivo. Mas enfim, eu vivo de boa e busco sempre em Deus... força, te confesso que já teve momento assim que já deu vontade de desistir, mas aí você dá uma, uma respirada, e fala poh para o cara, é um vírus cara que você, quem sou eu quem sou eu falar isso, mas você tomou uma certinha e você vai morrer talvez até primeiro, até depois do que aquele que às vezes não estava doente. Foi o caso do meu irmão, ele descobriu que tinha. Partiu para a depressão, não aceitava aquilo. Suicidou, na verdade. Fumava demais e teve uma doença do pulmão. Enfisema pulmonar. Aí você vai, enfisema pulmonar para quem tem um vírus desse, é uma mutação, derrubou o cara, né? Enfim, eu acho que o caminho é tratar. Voltar naquele dia eu não posso voltar mais, né? É seguir o negócio à frente (P24).

É igual eu te falei, eu sempre fui muito cuidadoso em relação ao sexo. Então, por isso, assim, quando eu descobri que eu estava com a HIV, que estava positivo, eu assustei mais pelo fato de como eu adquiri, sendo que eu só tinha parceiro, e eu me cuidava até com o meu parceiro, entendeu? Eu, tipo assim... assim aí eu assustei mais com isso, mas não mudou nada minha vida e eu acho que não vai mudar daqui para frente também não, porque vou continuar tendo a consciência, e eu vou continuar me tratando e tem eu vou viver mais (P25).

As subjetividades apresentadas por meio das narrativas inseridas neste capítulo revelam um cenário em que viver com HIV ultrapassa a questão do diagnóstico. Para esse sujeito que vive o HIV, vai se tornar uma experiência compulsoriamente atravessada por medos, resistências, afetos e reconstruções subjetivas, que são cotidianas.

O espaço urbano, nesse contexto, se transforma em um lugar que é, ao mesmo tempo, protetor e excludente, que deve, através dos percursos transgressores das PVHIV, romper com o ciclo de vulnerabilidades ao qual foram e ainda são sujeitados, combatendo os estigmas e mitigando a discriminação, em um processo que é constante.

Por fim, é preciso fazer o reconhecimento destas subjetividades, de forma que elas não fiquem restritas a cada pessoa que vive com o vírus, mas que sejam um reflexo de um processo

que é, concomitantemente, social e territorial, fomentando políticas públicas mais inclusivas, práticas de saúde mais humanizadas e cidades mais receptivas e acolhedoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o HIV à luz da geografia é compreender, de acordo com o ideário de Milton Santos (2006), que o espaço não somente é onde se desenvolvem os processos sociais dos sujeitos ali inseridos, como é uma esfera/dimensão onde ocorre sua produção e reprodução. No prisma do HIV, esta pesquisa é compreendida como uma manifestação permeada por três instâncias: biomédica, social e territorial. Entende-se, então, que sua distribuição não é aleatória e está abarcada por desigualdades que são, ao mesmo tempo, históricas, estruturais e espaciais.

Tendo um olhar crítico na discussão de sua inserção no território, nas políticas públicas implementadas, nos dados epidemiológicos e especialmente nas vozes que vivem com HIV, é possível entender o espaço como sendo um produtor de exclusões, paralelamente em que gera cuidado e resistência às PVHIV. Assim, a tese consolidada neste trabalho investigativo apresenta a concepção de que o enfrentamento à problemática do HIV está associado a uma escuta ativa, a um mapeamento desses casos e a uma análise territorial que seja atual e apoiada pela justiça social, principalmente em contextos urbanos como a cidade de Rio Verde – GO.

Ao retomar o objetivo geral desta pesquisa, de compreender a dinâmica social e espacial das pessoas que vivem com HIV no espaço urbano desta cidade, reafirma-se que, a partir da geografia da saúde, é factível entender o HIV inserido nesse contexto. As vozes destas pessoas que o vivem em seu cotidiano, associadas a uma perspectiva crítica da geografia de como o HIV é espacializado, direcionam uma compreensão dos determinantes sociais e territoriais da saúde que permeiam suas realidades.

Esse constructo só foi possível graças à análise de dados epidemiológicos, das trajetórias observadas e da distribuição espacial dos casos de HIV, rompendo, então, com uma visão limitada desse vírus como uma questão meramente biomédica. Além disso, ele pode ser compreendido como um fenômeno tanto geográfico quanto socialmente produzido, que requer ininterruptamente políticas públicas efetivas, que atinjam todas as demandas sociais por meio da sua territorialização. Mais importante ainda, deve fornecer um cuidado integral às pessoas que procuram os serviços de saúde na busca de testagem, aconselhamento, tratamento e prevenção.

Esse cuidado, além de ser equitativo e integral, deve ser realizado com dignidade. Portanto, nesse cuidado não deve ocorrer disputas. Logo, territorializar esses serviços subsidia a diminuição da desigualdade espacial, que, por meio da escuta ativa das PVHIV, contribui para um cenário de entendimento desse fenômeno através da análise territorial.

No capítulo 01, os conceitos de espaço e território foram fundamentais para se fazer uma leitura crítica da saúde, estabelecendo a base teórica da pesquisa. A partir de autores como Milton Santos (2004b, 2006), Guimarães (2001), Barcellos (2002) e Monken (2003), foi possível conceber o espaço como um elemento que não é neutro, mas algo produzido historicamente com nuances diversificadas. Dessa forma, o território pôde ser interpretado como um espaço vivido, que foi e ainda é permeado por desigualdades sociais e arquitetadas pelas políticas públicas, sendo o processo saúde-doença associado ao território e às suas condições de vida.

Por isso, o uso da análise espacial se torna indispensável para entender e combater questões complexas como o HIV e a AIDS. O resultado é entender tanto o espaço quanto o território como ferramentas essenciais para se compreender o porquê da existência de desigualdades no campo da saúde. A percepção de que o HIV não é somente o corpo, mas se configura no espaço e no território que ocupa. Logo, as vulnerabilidades acerca dos corpos que permeiam o HIV surgem dessas desigualdades.

No capítulo 02, revisitou-se a história da epidemia do HIV, elucidando como se deu seu surgimento até a consolidação de políticas públicas que, até a contemporaneidade, têm o objetivo de enfrentar esta epidemia. Nesse cenário, destaca-se o SUS e seu papel no combate ao HIV, e sua importância na territorialização da saúde, essencial na promoção da equidade nos seus serviços. Pois, ao longo do tempo, exigiu políticas e ações descentralizadas que se adaptassem a contextos mais regionais e locais, caso da cidade de Rio Verde, garantindo acesso ao diagnóstico, aconselhamento, tratamento e prevenção ao HIV.

O resultado é a necessidade de políticas públicas mais descentralizadas, que efetivamente combatam a problemática do HIV e da AIDS. O SAE exerce essa função social, no entanto, em muitas localidades, sua territorialização é desigual, dificultando o acesso aos seus serviços.

O capítulo 03 discorreu sobre as mudanças na forma como o HIV se apresentou, como se apresenta e é vivenciado no contexto hodierno. Que, apesar dos avanços como a PrEP e a PEP, a abordagem de conceitos de indetectável é igual a intransmissível, ainda é persistente o estigma contra as PVHIV, contribuindo para a persistência da discriminação, evidenciando o HIV como um fenômeno político, social e territorial.

Como resultado, é possível afirmar que, mesmo com o avanço biomédico no que tange aos tratamentos, o estigma não foi eliminado, fazendo com que muitas PVHIV ainda sofram discriminação e exclusão nos espaços de saúde. Isso torna o HIV um marcador social de marginalização desse grupo específico.

O capítulo 04 analisou os dados epidemiológicos de Rio Verde, observando como os casos de HIV estão concentrados nos bairros desta cidade (extraídos dos prontuários). Como resultado, identificou-se que sua concentração ocorre em determinadas áreas, onde algumas se encontram mais periféricas (Bairro Popular, Bairro Céu Azul, Bairro Promissão, entre outros) e outras mais centralizadas (Setor Central, Jardim Goiás, Jardim América, entre outros). Com isso, a partir de uma leitura territorial mais crítica, entende-se onde ficam refletidas no espaço urbano suas desigualdades.

Também observou-se, em uma análise quantitativa, algumas variáveis a respeito dos pacientes que fazem tratamento nesse contexto urbano, o que evidenciou um perfil social condizente aos dados estaduais e nacionais, no que diz respeito ao gênero, raça, idade, escolaridade, estado civil e como o HIV permeia essas variáveis. A produção de mapas temáticos e gráficos, nesse contexto, é um ato político que faz uma denúncia sobre as invisibilidades desses pacientes em tratamento, servindo como uma ação para propor percursos de mudança social.

No quinto e último capítulo, as entrevistas com as PVHIV que fazem tratamento no Serviço Especializado na cidade de Rio Verde mostram algumas subjetividades ausentes nos dados quantitativos primários e secundários coletados. Dessa forma, elucidam o impacto do HIV em suas vidas, os desafios no acesso à saúde, o estigma a que são sujeitados cotidianamente, podendo direcionar a estratégias de enfrentamento ao vírus e à discriminação.

Com isso, é preciso valorizar as vozes que vivem esse HIV, entendendo-as como uma ferramenta que é política e geográfica, revelando medo, resistências e exclusão, na compreensão de um espaço vivido e na humanização de suas práticas de cuidado. Assume-se, então, que o HIV é localizado não somente em seus corpos, mas nas suas experiências cotidianas. Portanto, a espacialização da doença é ao mesmo tempo subjetiva e afetiva.

Em toda essa conjuntura, a geografia se torna indispensável para a saúde coletiva, pois analisa, de forma ampla, a interação que existe entre o meio, ambiente e social, e a saúde. Permitindo, dessa forma, a implantação de ações preventivas a partir dos fatores de risco que são identificados nessa interação. Entre elas está a distribuição espacial das doenças, subsidiando o objetivo dessa pesquisa, pois fornece ferramentas para se compreender essa relação, que é complexa, do espaço com a saúde, promovendo e reduzindo desigualdades no campo da saúde.

Nos entremeios do espaço urbano é que se compreende essa complexidade.

Desse modo, evidencia-se algumas áreas urbanas onde a incidência dos casos de HIV é maior, contudo sem indicar uma maior ou menor vulnerabilidade, haja vista que parte delas é

mais centralizada. No entanto, deve-se ter um direcionamento de ideias ao se observar, nessa distribuição geográfica, quais fatores socioeconômicos, de estrutura urbana e de acesso a serviços de saúde estão relacionados. Essa visão holística é essencial para o delineamento de ações preventivas e possíveis intervenções que abordem tanto a transmissão do vírus quanto as desigualdades sociais que gerenciam sua incidência.

Diante desse exposto, o reconhecimento de uma cidade dinâmica, que prioriza suas estratégias de saúde, direciona a uma resposta ao HIV mais ágil e adaptativa, de acordo com essa dinamicidade. Dessa maneira, constrói-se, de forma coletiva, uma abordagem integrada nas variadas áreas da saúde.

Logo, esta pesquisa proporcionou um olhar mais a fundo e claro acerca da distribuição espacial do HIV e da AIDS nessa cidade, contribuindo para uma base de conhecimento que precisa direcionar a revisão de velhas e a criação de novas políticas de saúde, bem como vai se inserir no referencial teórico geográfico, ainda restrito em relação a esse tema. Nesse contexto, é preciso elucidar as limitações que permearam esse percurso investigativo.

Quanto ao *locus* da pesquisa, Rio Verde se mostrou uma cidade geograficamente interdisciplinar²⁰, uma vez que esse espaço urbano é mutável e insere incontáveis esferas/dimensões além da saúde. O HIV, por ser um tema complexo, precisaria de uma análise longitudinal para se compreender suas mudanças e tendências. Vinte e quatro entrevistas é um número suficiente para o proposto nesta pesquisa. No entanto, a longo prazo, mais pacientes entrevistados, mais subjetividades acerca de suas vivências pós-diagnóstico, a análise de dados primários e secundários em períodos mais longos, fazendo uma análise comparada, seria de suma importância para compreender sua evolução temporal e configuração nos territórios da saúde inseridos nesse espaço urbano.

Por isso, outras propostas de pesquisa em relação a esse tema podem ser produzidas, principalmente porque existem lacunas a serem preenchidas nos estudos geográficos sobre o HIV, a AIDS e suas novas configurações e interseccionalidades. Estudos sobre a PrEP e suas territorialidades, a compreensão das cartografias afetivas das pessoas que vivem com HIV, a abordagem do HIV em instituições educacionais de ensino básico e superior e sua inserção nas juventudes, o papel da articulação entre políticas públicas e movimentos sociais são alguns exemplos de como a geografia pode inserir essa temática em pesquisas futuras.

²⁰ Nesse contexto, Branquinho (2014) explica que a cidade deve ser compreendida a partir da integração de três dimensões, reconhecendo essa cidade como um espaço complexo, que requisita a junção de diferentes áreas do conhecimento, que fazem o reconhecimento dessa complexidade urbana, por meio destas dimensões, que são essenciais na vida cotidiana: a econômica, a política e a cultural (Moraes, 2014).

Para além de pesquisas futuras, essa pesquisa teoricamente contribuiu para fazer essa integração da geografia da saúde com o HIV e a AIDS, por meio do território e espaço vivido, além de compreender a importância da análise espacial, que articula alguns conceitos como o cuidado, a vulnerabilidade e a territorialização. Metodologicamente, a abordagem qualitativa faz uma análise dos dados epidemiológicos e a escuta ativa das PVHIV, sendo assim entendida como uma escuta geográfica, que é sensível à experiência dessas pessoas no espaço. Para Rio Verde, é um estudo inédito que tangencia o HIV presente nas suas ruas e bairros, mapeando zonas de concentração dos seus casos, dando visibilidade a essas vozes que vivem e convivem com o HIV. É pelo esforço coletivo e pela compreensão das dinâmicas urbanas que conseguiremos avançar socialmente, para atenuar o impacto do HIV e da AIDS, promovendo saúde e equidade em espaços urbanos.

A conclusão dessa pesquisa foi um caminho árduo de compreender e reconhecer muitas realidades invisibilizadas neste espaço urbano. Pela geografia, entender que o território ultrapassa a concepção de extensão física e se transforma em um lugar de resistências e reconfiguração para qualquer um que viva e conviva com o HIV. Entre mapas, leituras, gráficos e imagens, o enfrentamento do HIV é feito com e para a pessoa que o vive.

REFERÊNCIAS

- ABIA. **Ação Anti-AIDS**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA. Rio de Janeiro. s/d.
- ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito da sua relação com a saúde e as “qualidades de vida”. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 1, p. 17-30, 1999.
- AGOSTINI, Rafael; *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4599-4604, 2019.
- AGUIAR; *et al.* Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 575-584, 2020.
- AGUIAR, Mariana Pinheiro Pessoa de Andrade; MORAIS, Normanda Araujo de. Processos de resiliência familiar vencidos por família com uma pessoa com deficiência. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 21, n. 3, p. 1-16, 2021.
- ALIEVI, Alan Alves; PINESE, José Paulo PECCININI. A Geografia da Saúde no Brasil: Precedentes Históricos e Contribuições Teóricas. In: XIV Encuentro de Geógrafos de América Latina. Reecuentro de Saberes Territoriales Latinoamericanos, 2013, Lima - Peru. **Anais do XIV Encuentro de Geógrafos de América Latina**. Reecuentro de Saberes Territoriales Latinoamericanos.. Lima, 2013. v. online. p. 1-17
- ALMEIDA, Arthur. Como surgiu o vírus HIV, causador da AIDS? Entenda a história da doença. **Revista Galileu Galilei**, São Paulo. 26 ago. 2023. Disponível em: <https://revistagalileu.globo.com/saude/noticia/2023/08/como-surgiu-o-virus-hiv-causador-da-aids-entenda-a-historia-da-doenca.ghtml>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/Aids sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 837-848, 2022.
- ALMEIDA, Maria Rita de Cassia Barreto de; LABRONICI, Liliana Maria. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.
- ALVES, Sandra Aparecida; MENDONÇA, Marcelo; AVELAR, Gilmar Alves. Considerações sobre método e pesquisa científica na geografia. In: (Orgs.) NEVES, Adriana; FERREIRA, Idelvone; PAULA, Maria; ANJOS, Petrus. **Coletânea Interdisciplinar em Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação - Volume 1** : Estudos Ambientais, Território e Movimentos Sociais. 2015. p. 405-416.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 2001.

AMORIM, Thaynara Ferreira; DUARTE, Lucélia da Silva. Perfil epidemiológico de casos notificados de HIV no estado de Goiás. **RESAP – Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, v. 7, e7000043, 2021.

ANDRADE, Lucimary Bernabé Pedrosa. **Educação infantil**: discurso, legislação e práticas institucionais [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

ANTUNES, Larissa; CAMARGO, Brígido Vizeu; BOUSFIELD, Andréa Barbará da Silva. Representações sociais e estereótipos sobre AIDS e pessoas que vivem com HIV. **Revista Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 3, p. 43-57, 2014.

ARAÚJO; *et al.* A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidade e limites. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009.

ARAÚJO; *et al.* análise da resiliência entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: um estudo psicossocial. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, p. 1-10, 2019.

ARAÚJO, Gilvan Charles Cerqueira de; REIS JUNIOR, Dante Flávio da Costa. As representações sociais no espaço geográfico. **GEOTemas**, v 2, n. 1, p. 87-98, 2012.

AZEVEDO, José Henrique Pires. **Experiências de soropositividade nas mídias**: Capas da Veja e Galileu na conformação do que é viver com HIV/Aids. In: Nara Breta; Marco Túlio Câmara; Lucas Mariano. (Org.). **Comunicação, política e diversidades**: diálogos e reflexões interdisciplinares. 1ed. Belo Horizonte: 2018. p. 198-211.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BARCELLOS, Christovam de Castro; *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: Análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARCELLOS, Christovam. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revolução do espaço geográfico. In: (Org.) MIRANDA, A, C.; *et al.* . **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 43-56.

BARCELLOS, Christovam de Castro; BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 121, n. 1, p. 11-24, 1996.

BARCELLOS, Christovam; BUZAI, Gustavo D.; HANDSCHUMACHER; Pascal. Geografia e saúde: o que está em jogo? História, temas e desafios. **Confins**, n. 37, 2018. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/confins/14954>>. Acesso em: 20 mar. 2024.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, Sandra Garrido; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A gênese da política de luta contra a aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-12, 2016.

BARROS, Sandra Garrido; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde em Debate**, v. 41, n. especial 3, p. 114-128, 2017.

BARROS, Sônia Garrido. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018.

BATISTA *et al.* Distribuição espacial e tendência temporal da AIDS no Brasil e regiões entre 2005 e 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. 1-8, 2023.

BBOSA, Nicholas; KALEEBU, Pontiano; SSEMWANGA, Deogratius. HIV subtype diversity worldwide. **Curr Opin HIV AIDS**, n. 14, v. 3, p. 153-160, 2019.

BENEVIDES, Maria Victoria de Mesquita. Cidadania Ativa e democracia no Brasil. **Revista Parlamento e Sociedade**, v. 4, n. 6, p. 21-31, 2016.

BESSARIA, Valéria; *et al.* Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. **Revista Espacios**, v. 37, n. 2, s/n, 2015.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. **Revista de Geografia (UFPE)**, Recife, v. 32, n. 3, p. 222-244, 2015.

BEZERRA, Márcia Mayanne Almeida; *et al.* Pandemias do século: COVID-19 e os impactos no acompanhamento do HIV/AIDS no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 7, p. 1-9, 2023.

BISSACOTTI, Anelise Pigatto; GULES, Ana Maria; BLÜMKE, Adriane Cervi. Territorialização em saúde: conceitos, etapas e estratégias de identificação. **Hygeia**, v. 15, n. 32, p. 41 - 53, 2019.

BITTENCOURT; *et al.* Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/AIDS para construção de diagnósticos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 579-585, 2015.

BOURDIEU, Pierre. **Meditações pascalianas**. Tradução: Sérgio Miceli. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOUSQUAT, A; COHN, A. A dimensão espacial nos estudos sobre saúde: uma trajetória histórica. **História, Ciências, Saúde**, v. 11, n. 3, p. 549-568, 2004.

BRAGIONI, Guildo Lins Lopes; ARAÚJO, Marina. Corpo e espaço: uma reflexão dialética acerca do objeto de estudo da geografia. **Geografia, Literatura e Arte**, v. 2, n. 2, p. 49-64, 2020.

BRANQUINHO, Evânio dos Santos. A geografia e a questão da interdisciplinaridade: a totalidade, o cotidiano e o lugar. In: VII Congresso Brasileiro de Geógrafos, 2014, Vitória, **Anais...AGB**, 2014.

BRASIL. **Lei de nº 8080, de 10 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20lei%20regula,de%20direito%20P%C3%BAblico%20ou%20privado.> . Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. **Lei de nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para pessoas com HIV e doentes de AIDS. Brasília: 1996. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%209.313%2C%20DE%2013,HIV%20e%20doentes%20de%20AIDS.> . Acesso em: 20 mar. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes / Coordenação Nacional de DST e Aids.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. **Guia de Prevenção das DST/Aids e Cidadania para Homossexuais.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Manual técnico para diagnóstico da infecção pelo HIV.** Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica manual para a equipe multiprofissional.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes; NARCISO, Argéria Maria Serráglio; PASTOR, Márcia. A lógica territorial na política de saúde brasileira. **Serviço Social Revista**, v. 16, n. 2, p. 36-61, 2014.

BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

BUSS, Paulo Marchiori; *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **O espaço urbano: novos escritos sobre a cidade.** São Paulo: Contexto, 2004.

CAMARGO, Marcelo Giacomazzi. Haiti e HIV: Criando a história do contágio. **Enfoques**, v. 18, n. 2, p. 181-201, 2021.

CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, v. 29, n. 2, p. 374-383, 2021.

CAMPOS, Mayã Polo de; SILVA, Joseli Maria. ‘Teu corpo é o espaço mais teu possível’: construindo a análise do corpo como espaço geográfico. **Revista da ANPEGE**, v. 16, n. 31, p. 101 - 114, 2020.

CARDOSO, Aline Fernanda; COSTA, Valéria Aparecida Moreira; SILVA, Cássio Alexandre da. A importância do território em ações de vigilância em saúde. **Revista Cerrados**, v. 18, n. 2, p. 50-68, 2020.

CARDOSO, Gisele Pereira; ARRUDA, Angela. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2004.

CARDOSO, Márcia Regina Gonçalves; OLIVEIRA, Guilherme Saramago de; GHELLI, Kelma Gomes Mendonça. Análise de conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 43, p. 98-111, 2021.

CARMO, Rose; *et al.* Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Revista Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1107-1122, 2022.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CARTAXO, Mariana Gomes. Ativismo e construção de significado: a política de AIDS do governo federal. In: (Org.). ABERS, Rebecca Neaera. **Ativismo institucional: criatividade e luta na burocracia brasileira** [online]. Brasília: Editora UnB, 2021. p. 221 - 251.

CARVALHO, Fernanda Torres; *et al.* fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem como HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2023-2033, 2007.

CARVALHO, Carlos Alberto; AZEVÊDO, José Henrique Pires. Do AZT à PrEP e à PEP: aids, HIV, movimento LGBTI e jornalismo. **Reciis – Revista Eletrônica Comunicação Informação Inovação Saúde**, v. 13, n. 2, p. 246-260, 2019.

CASTANHA, Alessandra Ramos; *et al.* Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 23-31, 2007.

CASTELLAR, Sonia Maria Vanzella. Raciocínio Geográfico e a teoria do reconhecimento na formação do professor de geografia. **Signos Geográficos**, v. 1, p. 3 - 20, 2019.

CASTELLAR, Sonia Maria Vanzella; PEREIRA, Marcelo Garrido; DE PAULA, Igor Rafael. O pensamento espacial e raciocínio geográfico: Considerações teórico-metodológicas a partir da experiência brasileira. **Revista de Geografia Norte Grande**, v. 81, p. 429-456, 2022.

CASTRO, Margareth de. Sobre Paul Claval: impressões e registros geográficos. In: (Orgs.) SILVA, José Borzacchiello; *et al.* **É geografia, é Paul Claval**. Goiânia: FUNAPE, 2013. p. 8-29.

CAVALCANTI, Agostinho Paula Brito; VIADANA, Adler Guilherme. Fundamentos históricos da geografia: contribuições do pensamento filosófico na Grécia antiga. In: (Org.). GODOY, Paulo R. Teixeira de. **História do pensamento geográfico e epistemologia em Geografia**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. p. 11-34.

CAVALCANTI, Lana de Souza. Contribuições do pensamento geográfico para o ensino e a pesquisa. In: (Orgs.). PINHEIRO, Antônio Carlos; ALMEIDA, David Luiz Rodrigues de. **Contribuições do pensamento geográfico para o ensino e a pesquisa**. Goiânia: C&A Alfa Comunicação, 2021. p. 16-27.

CLAVAL, Paul. **Géographie humaine et économique**. Paris, PUF, 1984.

CLAVAL, Paul. **Espaço e poder**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

CAZEIRO, Felipe; LEITE, Jäder Ferreira; COSTA, Andrei Junior da. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. 1-21, 2023.

CELEDÔNIO, Luna Pinheiro; ANDRADE, Laurinete Sales de. AIDS na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Revista Serviço Social e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 47-60, 2014.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiuscia Graziela. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2016.

CONTREIRAS, Henrique. Uma cronologia do acesso à PrEP. In: (Orgs.). SILVA, Rodrigo Augusto Tadeu Martins Leal; ARNESEN, Erik Saddi. **Diversidade e Igualdade Racial: Direitos humanos e combate à discriminação na perspectiva da vida com HIV/AIDS: avanços e retrocessos**. São Paulo, v. 01, 2016. p. 65-71.

COPPATI, Livia Copelli. A efetivação da cidadania através da participação no poder local. **PERSPECTIVA**, v. 34, n. 126, p. 85-100, 2010.

CORRÊA, Roberto Lobato. Denis Cosgrove – a paisagem e as imagens. **Espaço e Cultura**, n. 29, p. 7-21, 2011.

CORRÊA, Roberto Lobato. Segregação residencial: classes sociais e espaço urbano. In: (Orgs.). VASCONCELOS, Pedro de Almeida; CORRÊA, Roberto Lobato; PINTAUDI, Silvana Maria. **A cidade contemporânea: segregação espacial**. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2016. p. 39-60.

COSTA, Fábio Rodrigues da. Por uma geografia multidimensional, relacional e crítica. **Boletim Goiano de Geografia**, v. 40, p. 1-24, 2020.

DARTORA, William Jones; ÂNFLOR, Éder Propp; SILVEIRA, Letícia Ribeiro Pavão da. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1919-1928, 2017.

DIVINO, Flávia Carolina de Paula. **Filodinâmica das variantes não-pandêmicas do vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 subtipo B no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Biologia Computacional e Sistemas) – FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017.

DOMINGUES, Juliana Pereira; OLIVEIRA, Denize Cristina de; MARQUES, Sergio Correa. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 43-57, 2018.

DRIVER, Felix. Sobre a geografia como uma disciplina visual. **Espaço e Cultura**, n. 33, p.207-212, 2013.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RAÍÇA**, n. 17, p. 31-41, 2009.

FARIAS, Maio Spellman Quirino de; DIMENSTEIN, Magda. Configurações do ativismo anti-aids na contemporaneidade. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 165-174, 2006.

FELISBINO-MENDES, Mariana; *et al.* Comportamento sexual e uso de preservativos na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 24, supl. 2, 2021.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 79, 2002.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; BRUM, Jane Lilian Ribeiro. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.20, n. esp., p.5-14, 2000.

FONSECA, Maria; *et al.* AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 e 1996. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 77-87, 2000.

FONSECA, Ricardo Lopes. O Estado da Arte das Pesquisas em Ensino de Geografia publicadas em Periódicos Nacionais: perspectivas e tendências. **Caderno de Geografia**, v.29, n.59, p. 1201 - 1232, 2016.

FONTES, Miguel; *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1343-1352, 2017.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Aids e sua origem. **Revista de Saúde Pública**, v. 3, n. 27, p. 153-154, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; GÜNTHER, Isolda de Araújo. A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 151-158, 2008.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala de outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREITAS, Rui; ALMEIDA, Marisa. O pensamento geográfico nos alunos do ensino básico, com base na taxonomia do pensamento espacial. **Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)**, n. 6, p. 135 - 152, 2014.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, v. 19, supl. 2, p. 9-20, 2010.

GIL FILHO, Sylvio. Espaço de representação: uma categoria chave para a análise cultural em Geografia. **Anais do 5º Encontro Nacional da ANPEGE**. Florianópolis: UFSC, 2003.

GIOVANNETTI, Andrea; ÉVORA, Iolanda. A Aids como construção social. **Revista USP**, v. 33, p. 127-135, 1997.

GIV – Grupo de Incentivo à Vida. **Boletim de Vacinas e Novas Tecnologias de Prevenção.**, n. 32, fev. 2019. 45p.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; *et al.* Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, p.143-152, mar., 2008.

GOMES, Paulo César da Costa. **Quadros geográficos: uma forma de ver, uma forma de pensar**. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2017.

GOMES, Thayná Nogueira. A construção do pensamento geográfico. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, n. 19, p. 112-117, 2014.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda; MONKEN, Maurício. Território e territorialização. In: (Org.). GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro. **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. v. 1. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudo Avançados**, v. 22, n. 64, p. 73-94, 2008.

GRMEK, Mirki Drazen. Declin et emergence des maladies. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 2, p. 9-32, 1995a.

GRMEK, Mirko Drazen. O enigma do aparecimento da Aids. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 9. N. 24, p. 229-239, 1995b.

GUIMARÃES, Raul Borges. Saúde urbana: velho tema, novas questões. **Terra Livre**, São Paulo, n. 17, p. 155/170, 2001.

GUIMARÃES, Raul Borges; *et al.* O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 119-139, 2019.

GUIMARÃES, Raul Borges. Geografia da saúde: categorias, conceitos e escalas. In: (Orgs.). GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde: fundamentos de Geografia humana**. São Paulo: Editora UNESP Digital, 2015, p. 17-39. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/4xpyq>>. Acesso em: 20 mar. 2024.

GUIMARÃES, Raul Borges; CATÃO, Rafael de Castro; CASAGRANDE, Baltazar. Raciocínio geográfico e complexos patogênicos atuais: análise comparativa da Dengue e da Leishmaniose Tegumentar Americana. **Confins – Revista Franco-Brasileira de Geografia (online)**, n. 37, s/n, 2018.

GUTERRES, Aldair da Silva; *et al.* Avaliação do estado nutricional, sociodemográfico e socioeconômico de pessoas que vivem com HIV/AIDS tratados num hospital de referência na região Norte do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, p. 1-9, 2023.

GUZATTI, Camila Machado; GORSKI, Julia Brunetti; BESSON, Jean Carlos Fernando. Profilaxia pré-exposição (PREP) ao HIV: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 6, p. 1-9, 2023.

HADDAD, Sérgio. **Educação de jovens e adultos no Brasil (1986-1998)**. Brasília: MEC/Inep/Comped, Estado do Conhecimento nº. 8. Brasília, DF: MEC/INEP, COMPED, 2002.

HAESBAERT, Rogério. Do corpo-território ao território-corpo (da terra): contribuições decoloniais. **GEOgraphia**, v. 22, n. 48, p. 75-90, 2020.

HARVEY, David. **A Condição Pós-Moderna: Uma Investigação sobre as Origens da Mudança Cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

HEINDRICH, Álvaro Luiz. Método e metodologias na pesquisa das geografias com cultura e sociedade. In: (Orgs.). HEIDRICH, A. L. & PIRES, C. L. Z. **Abordagens e práticas da pesquisa qualitativa em Geografia e saberes sobre espaço e cultura**. Porto Alegre: Editora Letra1, 2016, p. 15-33.

JODOLET, Denise. **Representações sociais e mundos de vida**. Tradução: Lilian Ulup. Curitiba: PUCPress, 2017.

JOAQUIM; Jhonata; *et al.* Sorofobia relacionada ao HIV e à Aids: o que se debate nas redes sociais digitais no Brasil? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5 p. 1-12, 2024.

JULIANO, Maria Cristina Carvalho; YUNES, Maria Angela Mattar. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 135-154, 2014.

JUNQUEIRA, Renata Dias. Geografia médica e geografia da saúde. **Hygeia**, v. 5, n. 8, p. 57-91, 2009.

LA BLACHE, Vidal de. Sobre o raciocínio geográfico. **Terra Brasilis [Online]**, v. 12, s/n, 2019. Disponível em: <<http://journals.openedition.org/terrabrasilis/5550>>. Acesso em: 20 mar. 2024.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

LAURINDO-TEODORESCU, Lindinalva; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LEFEBVRE, Henri. **A produção do espaço**. Trad. Doralice Barros Pereira e Sérgio Martins (do original: *La production de l'espace*. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). 2006.

LELIS, Ricardo. **Estudo da ocorrência de atitudes discriminatórias na assistência à saúde de pessoas com HIV/AIDS**. 2006. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araçatuba, São Paulo, 2006.

LIMA, Ivaldo. O argumento político do corpo nas dobras do espaço liminar. In: (Org.). SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio José; JUNIOR, Alides Baptista Chimin. **Corpos e Geografia: expressões de espaços encarnados**. Ponta Grossa, PR: Todapalavra, 2023, p. 69-114.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálisis**, v. 10, n. especial, p. 37-45, 2007.

LIMA JÚNIOR, Carlos Mendes de; LIMA JÚNIOR, Joel. O luto em torno do HIV/AIDS: análise da vivência do luto frente ao diagnóstico. **Id on line – Revista de Psicologia**, v. 18, n. 70, p. 158-180, 2024.

LOPES JÚNIOR, Wilson Martins; SANTOS, Regina Célia Bega dos. Reprodução do espaço urbano e a discussão de novas centralidades. **Revista RA´EGA**, n. 19, p. 107-123, 2010.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U., 2012.

MAIA, Érica Catarine Ataíde; REIS JUNIOR, Leandro Passarinho. Modos de enfrentamento do HIV/AIDS: Direitos Humanos, vulnerabilidades e assistência à saúde. **Revista do NUFEM**, v. 11, n. 1, ensaio 48, p. 178-193, 2019.

MACIEL, Karine Lemos; *et al.* HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Revista Cuidarte**, 2019, v.10, n.3, p. 1-10, 2019.

MALDONATO, Mauro. Consciência da temporalidade e temporalidade da consciência. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.11, n. 1, p. 39-54, 2008.

MANDU; Juliete; *et al.* Enfrentamento da condição de saúde na perspectiva de pessoas com HIV que abandonaram o tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, supl. 2, p. 1-9, 2022.

MARQUES, Sandra C. S.; CAMPOS, Ricardo. Políticas de visualidade, práticas visuais e a construção de espaços de imaginação. **Cadernos de Arte e Antropologia**, v. 6, n. 2, p. 5-10, 2017.

MEDEIROS, Cristina Carta Cardoso de. Habitus e corpo social: reflexões sobre o corpo na teoria sociológica de Pierre Bourdieu. **Movimento – Revista de Educação Física da UFRGS**, v. 17, n. 1, p. 281-300, 2011.

MELO, Dayana Souza de; MELLO, Rosâne. Representações sociais de pessoas vivendo com HIV: autopercepção da identidade ego ecológica. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1101-1110, 2021.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 5. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018.

MINAYO, Maria Cecília; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9 n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília. O desafio da pesquisa social. In: (Orgs.). DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, Adriana. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: (Org.). BRASIL. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. — Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

MORAES, Antônio Carlos Robert. Geografia, interdisciplinaridade e metodologia. **GEOUSP (Online)**, v. 18, n. 1, p. 9–39, 2014.

MONKEN, Maurício. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do programa nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da ideia de Direitos Cidadão na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 25-45, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópo: Vozes, 2007.

MUNIZ, Carolina Gonçalves; BRITO, Cláudia. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1093-1106, 2022.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **Aids no final do século XX**. In: Nascimento, Dilene Raimundo do. **As pestes do século XX**: Tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). **Learning to think spatiall**: GIS a support system in the K-12 curriculum. Washington: National Reaserach Council Press, 2006.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-88, 2002.

NOBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estudo de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008.

NOVAES, André Reyes. Uma geografia visual? Contribuições para o uso de imagens na difusão do conhecimento geográfico. **Espaço e Cultura**, n. 30, p. 6- 18, 2011.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

PAIVA, Vera. O simbolismo da Aids, alteridade e cidadania. In: (Org.). PAIVA, Vera. **Em tempos de AIDS**. 1. ed. São Paulo: Summus Editorial, 1992. p. 53-63.

PALMEIRA, G. Epidemiologia. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 135-194.

PARENTE, Juliana; *et al.* O impacto do isolamento social na pandemia de COVID-19 no acesso ao tratamento e aos serviços de prevenção do HIV. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. 1-14, 2021.

PARKER, Richard. Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 13, n. 3, p. 618-633, 2019.

PARKER, Richard; CAMRAGO JR., Kenneth Rochel de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, Sup. 1, p. 89-102, 2000.

PASCUAL, Alejandro. Preconceito e discriminação: violências não visíveis contra os portadores de HIV/aids no Brasil. In: (Org.). BRASIL. **Direitos Humanos e HIV/Aids**: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde,

Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. — Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

PEIXOTO, Adão José. Os Sentidos Formativos das Concepções de Corpo e Existência na Fenomenologia de Merleau-Ponty. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 1, p. 43-51, 2012.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**, n. 1, p. 125-157, 2009.

PEREIRA; Allana. *et al.* Impacto da escolaridade na transmissão do HIV e da sífilis. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 6, n. 1, p. 19-23, 2022.

PEREIRA, Tassiana Maria Vieira; GIR, Elucir; SANTOS, Andressa Silva Torres. Pessoas vivendo com HIV e mudanças na rotina diária decorrentes da pandemia da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. especial, p.1 - 9, 2021.

PETRUCCELLI, José Luis. Raça, identidade, identificação: abordagem histórica conceitual. In: (Orgs.). PETRUCCELLI, José Luis; SABOIA, Ana Lucia. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. ed. 2. IBGE: Rio de Janeiro, 2018.

PINTO, Agnes Caroline; *et al.* Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** v. 19, n. 1, p. 45-50. 2007.

PIZA, Edith; ROSEMBERG, Fúlvia. Cor nos censos brasileiros. **REVISTA USP**, n.40, p. 122-137, 1998-1999.

POLON, Luana Caroline Künast. Espaço geográfico: breve discussão teórica acerca do conceito. **Revista Geográfica Acadêmica**, Boa Vista, v.10, n.2, p. 82-92, dez., 2016.

PORTINARI, Denise B.; WOLFGANG, Simone M. B. Medina. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. **Revista ALCEU**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 34, p. 45 a 60, jan./jun., 2017.

RAMOS, Élvys Christian Madureira; MILANI, Patrícia Helena. O corpo fora do lugar: de uma geografia dos indivíduos para uma geografia dos sujeitos. **GEOgraphia**, v. 24, n. 52, 2022.

RAMOS, Francisco Lúzio de Paula; *et al.* As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. **Revista Pan-Amazônica de Saude**, v. 7, n. especial, p. 221-229, 2016.

REGO, Arménio; CUNHA, Miguel Pina e; MEYER JR., Victor. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 17, n. 2, p. 43-57, 2018.

REMOALDO, Paula Cristina Almeida; NOGUEIRA, Helena Guilhermina da Silva Marques; **Olhares geográficos sobre a saúde**. Lisboa: Edições Colibri, 2010.

RIBAS, Adriana Ferreira Paes; MOURA, Maria Lucia Seidl de. Abordagem sociocultural: algumas vertentes e autores. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 129-138, 2006.

RIBEIRO, Patrícia Assis da Silva. Pensamento espacial e raciocínio geográfico: Aproximações e distanciamentos. **Signos Geográficos**, v. 4, p. 1-13, 2022.

RIBEIRO, Wagner Costa. Justiça espacial e justiça socioambiental: uma primeira aproximação. **Estudos Avançados**, v. 31, n. 89, p. 147-165, 2017.

RODRIGUES, Glauco Bruce. Geografia histórica e ativismos sociais. **GeoTextos**, vol. 11, n. 1, p. 241-268, 2015.

RODRIGUES, Marilza; MAKSUD, Ivia. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 526-538, 2017.

ROJAS, Luisa Iñiguez. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 701-711, out-dez, 1998.

SÁ, Amanda Araújo Malta de; SANTOS, Cristina Vianna Moreira dos. A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 18, n. 4, p. 773-786, 2018.

SANTOS, Alexandra A.; PELUSO, Marília. A contribuição da geografia no debate sobre a integralidade na saúde – algumas reflexões. **Hygeia**, n. 2, v. 2, p. 7-55, 2006.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8 n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, Camila Moreira dos; SILVA, Maria Eduarda Albuquerque Santos; CAMPOS, Bárbara Spenciere de Oliveira. Um olhar sobre a representação social da sexualidade na terceira idade. **Revista Eletrônica Estácio Recife**, v. 6, n. 3, p. 1-13, 2021.

SANTOS, Maria S.; LIMA, Luiz Antônio Alves de. Transmissão Sexual do Sarcoma de Kaposi: Na Rota da Descoberta de Um Agente Etiológico. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. V. 6, n. 2, p. 46-47, 1994.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, Milton. **Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica**. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2004b.

SANTOS, Oséias Cerqueira dos. **A invenção de uma epidemia: AIDS, Direitos Humanos e os grupos mais atingidos**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.6.2016.tde-21032016-141813. Acesso em: 2025-12-12.

SANTOS, Tainá; *et al.* Análise temporal da incidência de HIV/aids em idosos no período de 2007 a 2020. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 5, p. 3-12, 2021.

SANTOS, Valdirene Aparecida Araujo dos; SOUSA, Robson Simplicio de. A fenomenologia da percepção de Merlau-Ponty a partir do corpo e a educação (em ciências). **Revista Contexto e Educação**, Ano 39,n. 121, p. 1-21, 2024.

SAQUET, Marcos Aurélio. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i)materialidade. **Geosul**. v. 22, n. 43, p 55-76, 2007.

SAQUET, Marcos Aurélio. Por uma abordagem territorial. In: (Orgs.). SAQUET, M. A.; SPOSITO, E. S. **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 73-94.

SAQUET, Marco Aurélio. Territorialidades, relações campo-cidade e ruralidades em processos de transformação territorial e autonomia. **CAMPO-TERRITÓRIO: Revista de geografia agrária**. Edição especial do XXI ENGA-2012, p. 1-30, 2014.

SCHMIDT, João Pedro. Exclusão, inclusão e capital social: o capital social nas ações de inclusão. In: (Orgs). REIS, J. R.; LEAL, R. G. **Direitos Sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2006, p. 1755 – 1786.

SCIAROTTA *et al.* O “segredo” sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. 1-16, 2021.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Andressa Lourenço da. Breve discussão sobre o conceito de cidade média. **Geoingá: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 58-76, 2016.

SILVA, Armando Corrêa. Notas sobre o método científico e a observação em geografia. Instituto de Geografia. **Métodos em Questão**, n. 2, p. 1-11, 1971.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz Christo; SIMÃO, Ana Adalgisa. O uso da análise de conteúdo com o uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações rurais e agroindustriais**. v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, José; *et al.* Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SILVA, José Borzacchiello da. **Discutindo a cidade e o urbano**. In: (Orgs.). SILVA, José Borzacchiello da; COSTA, Maria Clélia Lustosa; DANTAS, Eustógio Wanderley C. **A cidade e o urbano**. Fortaleza, EUFC, 1997. p. 85-92.

SILVA, Maurilio de Farias. Contribuições de alguns clássicos para a construção dos conhecimentos em geografia. **Caderno Prudentino de Geografia**, n. 40, v. 2, p. 23-38, 2018.

SILVA, Rosilda Verissimo; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16 n. 3, p. 1.421-1.441, 2018.

SONTAG, Susan. **A Doença como metáfora**. Tradução: Márcio Ramalho. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1984.

SOUTO, Berndardino Geraldo Alves. As duas primeiras décadas da aids: cenário e interações com a epidemiologia. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 14, n. 4, p. 251-256, 2004.

SOUZA, Alex Godoy Padilha de. **A construção da memória da epidemia de AIDS e seus desdobramentos**: Qual o lugar dos museus nessa história? Orientadora: Thainá Castro Costa Figueiredo Lopes. 2020. 138 p. Trabalho de Conclusão de Curso: Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Graduação em Museologia, Florianópolis, 2020.

SOUZA, Denise Eliziana de; CARMO, Cleber Nascimento do; WELCH, James R. Análise temporal e fatores contextuais associados ao HIV/aids no Brasil entre 2000 e 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 1-12, 2023.

SOUZA, Elizeu Clementino de. Imagens, estigmas e refiguração identitárias: o dito e o dizer sobre doenças crônicas. **SISYPHUS – Journal of education**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 45-64, 2020.

SOUZA, Jessé. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SUESS, Rodrigo Capelle; LEITE, Cristina Maria Costa. Geografia e fenomenologia: uma discussão de teoria e método. **ACTA Geográfica**, v.11, n.27, p.149-171, 2017.

TORO, Mariana Alejandra Roedel Salles. A produção do espaço e suas contradições: possibilidades para a construção de novos caminhos. **Revista Eletrônica História, Natureza e Espaço**, v. 4, n. 1, p. 1 - 14, 2015.

TRAVASSOS, Cláudia; *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRIANI, Felipe da Silva; BIZERRA, Carine Camara; NOVIKOFF, Cristina. A influência da cultura sobre as representações sociais. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 14, n. 36, 2017.

TRINCA, Tatiane Pacanaro. **O corpo-imagem na “cultura do consumo”**: uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado. Orientadora: Fátima Cabral. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Marília, 2008. 154p.

TUAN, Yi-Fu. **Espaço e lugar**: a perspectiva da experiência. Tradução: Livia de Oliveira. São Paulo: DIFEL, 1983.

TUAN, Yi-Fu. Lugar: uma perspectiva experiencial. **Geograficidade**, v. 8, n. 1, p. 4-15, 2018.

UNAIDS. **Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV**. 2019. 92p. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf Acesso em: 31 jul. 2025.

UNAIDS. **Relatório Global 2022: A Resposta Global da AIDS está ameaçada**. 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/2022/08/a-resposta-global-da-aids-esta-ameacada/#:~:text=Nos%20%C3%BAltimos%20dois%20anos%20e%20meio%2C%20a,resp%20global%20ao%20HIV%20sob%20amea%C3%A7a%20crescente>. Acesso em: 12 de dezembro de 2025.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS – Relatório Global do UNAIDS**. 2023. Disponível em: <https://unaid.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaid-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/#:~:text=Metas%2095%2D95%2D95,pr%C3%B3ximos%20de%20alcan%C3%A7ar%20essas%20metas>. Acesso em: 12 de dezembro de 2025.

UNIFEM. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS: uma política por construir**. Rede feminista de saúde. *Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher*. 2003.

VALLE, Carlos Guilherme Octaviano do; MARGULIES, Susana. Dossiê: 40 anos da epidemia do HIV/AIDS: continuidades, transformações e dilemas nas respostas e enfrentamento de um evento crítico global. **VIVÊNCIA: Revista de Antropologia**, n. 60, p. 13-20, 2022.

VALLE, Carlos Guilherme Octaviano do. Afirmando-se a vida, constrói-se o tempo: experiência, emoções e ativismo político contra a AIDS. **Interseções**, v. 19 n. 1, p. 77-105, 2017.

VIANNA, Eliza da Silva. Aids a contrapelo: experiência da doença e relações de poder. **História Debates e Tendências**, v. 21, n. 1, p. 155-171, 2021.

VIEITES, Renato Guedes; FREITAS, I. A. A Influência de Maximilien Sorre e Vidal de La Blache na Geografia Médica de Josué de Castro. **Scientia Plena**, Aracajú, v. 5, n. 6, 2009.

ZUBER, Jean Fernando Sandeski ; MÜLLER, Erildo Vicente; BORGES, Pollyanna Kássia de Oliveira. Sobrevida de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região dos Campos Gerais, Paraná 2008-2018. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e14810111444, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
UNIDADE ACADÊMICA DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
PACIENTES**

Você/Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO”. Meu nome é Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa sou o(a) pesquisador(a) responsável e minha área de atuação é Educação. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao(à) pesquisador(a) responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas **sobre a pesquisa** poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) responsável(is), via *e-mail* do pesquisador principal danillomg84@gmail.com/danillomacedo@discente.ufj.edu.br e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte contato telefônico (64) 99292-6554 ou da orientadora da pesquisa Maria José Rodrigues pelo *e-mail* mariarodrigues@ufj.edu.br e pelo telefone (64) 99981-9575. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** – colegiado responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas – da Universidade Federal de Jataí, pelo telefone (64) 3606 8337.

Informações Importantes sobre a Pesquisa:

Convidamos o/a Senhor/a para participar da Pesquisa “Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde - GO, voluntariamente, sob a responsabilidade do pesquisador Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa, e da orientadora Profa. Dra. Maria José Rodrigues. Esta pesquisa tem como objetivo, Compreender como se desenrolam as experiências cotidianas das pessoas que vivem com HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO por meio da cartografia social, e se justificando pela ausência de pesquisas que abarquem a temática do HIV/Aids e sua espacialização na perspectiva da geografia da saúde, no contexto da cidade média de Rio Verde – GO e pela contribuição que a mesma proporcionará para a diminuição de estigmas relacionados ao HIV/Aids em espaços urbanos não-metropolitanos. O presente estudo, faz parte de uma pesquisa em nível de doutorado, da Universidade Federal de Jataí, do Programa de Pós-graduação em Geografia, na Unidade Acadêmica de Estudos Geográficos.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de resposta a uma entrevista semiestruturada, que poderá ser gravada por meio de mídias digitais ou poderá ser respondida individualmente escrito pelo/a participante, ficando à escolha do mesmo. A entrevista abordará questões relacionadas ao tema da pesquisa. Se o/a Sr./a aceitar participar, contribuirá para compreender como se dão as vivências cotidianas das pessoas que vivem com HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO, também, entender como se dá esse processo de aceitação ao se descobrir soropositivo. Para participar da pesquisa, o (a) senhor (a) deve, entre os fatores de inclusão da mesma, residir no município de Rio Verde - GO onde será realizada a pesquisa; ser maior de dezoito anos; e por fim, estar cadastrado e em tratamento no Serviço de Assistência Especializado - SAE. Quanto aos fatores de exclusão, entende-se aqueles que não se adequam aos fatores de inclusão: não residir na cidade de Rio Verde – GO, não ser maior de dezoito anos e não estar em tratamento de HIV no SAE. Ler com atenção esse termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e assinar, caso queira participar da mesma, tendo a clareza de que não haverá pagamento pela participação (ela é livre e espontânea), e caso se sinta desconfortável com alguma pergunta que lhe traga constrangimento ou desconforto, você tem total liberdade para excluir questionamentos que não queira responder ou não participar da pesquisa. Quanto aos riscos, não há previsão de risco físico, ou de qualquer outra natureza, e tampouco complicações legais ao participar da pesquisa. O risco é mínimo, pois o único desconforto que poderá ocorrer, está relacionado ao cansaço no momento da entrevista ou se sentir desconfortável em responder algumas das perguntas realizadas. Caso algum tema

sugerido pelo pesquisador no momento da entrevista cause algum desconforto, será garantido ao entrevistado/a não falar sobre ele.

Os entrevistados também, terão liberdade absoluta para responder somente as perguntas que considerarem que não são desconfortáveis. Caso ocorra esse desconforto, a entrevista poderá ser interrompida a pedido do entrevistado, e havendo algum mal-estar por parte do mesmo, seja por desconforto ou ansiedade, poderá pedir atendimento no local da entrevista (SAE) ou ser transferido a uma unidade de saúde mais próxima, seja pelo pesquisador/entrevistador ou por outra forma de transporte, sendo de sua livre escolha. A previsão de tempo de cada entrevista será de trinta minutos, podendo ser finalizada antes ou ultrapassar esse tempo não mais que quarenta minutos, não gerando custo ao entrevistado.

Quanto aos benefícios, tendo em vista a invisibilização desses sujeitos soropositivos, a pesquisa tem a premissa de dar voz a esses indivíduos, entendendo seus anseios, preocupações, perspectivas do seu presente e futuro, proporcionando a outros leitores e pacientes em tratamento do HIV dessa cidade e de outras localidades, por meio do produto final desta pesquisa, a tese, a compreensão de que é possível viver de forma saudável mesmo em condição sorológica positiva. Também, contribuirá para a valorização dos mesmos, uma vez que a sociedade tende a ser excludente com essa população, sendo preciso entender que o HIV, como qualquer outra doença crônica, não impede esses sujeitos de criar vínculos no meio em que está inserido.

Ademais, poderá auxiliar na construção de uma base teórica que subsidiará uma discussão mais a fundo da temática, proporcionando debates em favor da saúde pública, no que tange ao HIV/Aids em seu município, possibilitando melhor compreensão de como as pessoas estão se prevenindo em relação ao HIV, e com isso possibilitar o planejamento por parte dos gestores e construção de ações de atenção à esta população; pode também contribuir para minimizar preconceitos a que estão expostos os sujeitos que adquiriram essa condição sorológica. Além de contribuir como subsídio para pesquisas que articulam geografia, espaço urbano e saúde. Seus argumentos poderão colaborar para futuras pesquisas acadêmicas que envolvam a temática do HIV/Aids. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos aos participantes.

Após a assinatura, esse documento também autoriza o pesquisador, junto ao SAE retirar dados específicos do seu prontuário inserido no SISCEL. Dados esses, referentes à idade, sexo, orientação sexual, raça/cor, bairro, tempo em que está fazendo o tratamento e renda caso houver. Destacando que os prontuários completos não serão extraídos, sendo de uso exclusivo do departamento. Estes dados são confidenciais e serão utilizados somente após sua

anonimização, por meio de códigos de identificação (número ou letras) de acordo com a quantidade de TCLE's assinados. Somente o pesquisador e a pesquisadora envolvidos terão conhecimento dos dados, que depois de analisados serão utilizadas na construção da Tese de Doutorado.

Os resultados das análises previstas no projeto, bem como o produto final da mesma, serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas e no banco de teses e dissertações da UFJ, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, assegurando o sigilo sobre sua participação. O/A participante, caso se sinta prejudicado, após a entrevista e divulgação dos dados coletados e analisados, poderá por força da lei, pleitear indenização, ficando obrigado a provar seus prejuízos.

Colocamo-nos à disposição para prestar esclarecimentos antes, durante, e depois da realização da pesquisa e sobre a metodologia utilizada, a transcrição e interpretação dos questionários ou quaisquer outras informações referentes ao estudo. Se depois de consentir sua participação na pesquisa o/a Sr./a desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo sem prejuízo a sua pessoa. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa. Garantimos a confidencialidade em relatórios ou publicações resultantes deste estudo. Os dados serão guardados por um período de cinco anos e seu nome será substituído por um código a fim de manter a confidencialidade e o anonimato. Após esse período o material será incinerado. Não estão previstos gastos com a sua participação nessa pesquisa, porém caso ocorram, você será ressarcido. Sendo sua participação voluntária. O/A pesquisador/a estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas.

Consentimento da Participação na Pesquisa

Eu _____, inscrito (a) sob o RG/ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO”. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) responsável Danilo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Jataí, _____ de _____ de 202_____

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Pesquisador: Danilo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa/ (64) 99292-6554/

danillomacedo@discente.ufj.edu.br

Orientadora da pesquisa: Maria José Rodrigues/ (64) 99981-9575/

mariarodrigues@ufj.edu.br

Comitê de Ética e Pesquisa: (64) 3606 8337/ cep@ufj.edu.br

APÊNDICE 2 – Roteiro de entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ UNIDADE ACADÊMICA DE ESTUDOS GEOGRÁFICOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista direcionada aos/às pacientes em tratamento no SAE – Serviço de Assistência Especializada, que estejam em tratamento em decorrência do HIV/Aids, que, por meio do TCLE, consentiram a utilização de suas respostas, para futura discussão e construção de tese de doutoramento.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome (opcional): _____

Nome Social (se for o caso - opcional): _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Orientação sexual:

() Heterossexual

() Homossexual

() Bissexual

() Transexual

() outro: _____

Identidade de gênero:

() Cisgenero

() Transgenero

() Não-binário

() outro: _____

Estado civil:

() Solteiro/a

() Casado/a

() União estável

() Separado/a

() Divorciado/a

() Viúvo/a

Em relação à raça você se autodeclara:

() Branco

() Negro

() Indígena

() Amarelo

Em relação a sua cor você se declara:

() Branca

- ☐ Parda
- ☐ Preta
- ☐ Amarela

Religião/Doutrina:

- ☐ Muçulmana
- ☐ Ateísta
- ☐ Budismo
- ☐ Umbanda
- ☐ Candomblé
- ☐ Espírita
- ☐ Evangélica
- ☐ Católica
- ☐ outra: _____

Formação: _____

Renda: _____

Bairro em que reside: _____

II – DO TEMA DA PESQUISA

1. Há quanto tempo você vive com HIV?
2. Há quanto tempo você faz tratamento no SAE?
3. Qual foi seu sentimento/sensação/reação ao ser diagnosticado positivo para o HIV?
4. Você se aceita ou ainda está em processo de aceitação em ser uma pessoa que vive com o HIV?
 - ☐ me aceito
 - ☐ ainda em processo de aceitação
 Relate como foi ou como está sendo esse processo de aceitação.
5. Alguém do seu círculo de amigos ou familiares sabe de sua condição, enquanto soropositivo (a)?
 - ☐ sim
 - ☐ não
 Se sim, relate como é seu relacionamento com os mesmos. Se não, descreva como você se sente em manter sigilo sobre sua condição.
6. Você já sofreu discriminação ou testemunhou algum caso de discriminação por ser soropositivo?
 - ☐ sim
 - ☐ não
 Se sim, conte-nos como aconteceu. Se não, explique o porquê, acha que isso não aconteceu com você.
7. Você se sente excluído da sociedade, por viver em condição soropositiva?
 - ☐ sim
 - ☐ não
 Explique.
8. Quanto a uma exclusão ou não, é preciso ter a percepção de se pertencer ao lugar em que vivemos. Como você percebe os lugares em que frequenta sendo uma pessoa HIV/Aids?
9. Mesmo vivendo ou não em anonimato, enquanto soropositivo, como você percebe a cidade em que vive em relação ao HIV?

10. Você considera efetiva as propagandas e publicidades voltadas para a prevenção do HIV? Explique
11. Em relação às suas vivências sociais e formação educacional, você teve acesso a materiais de prevenção ao HIV/AIDS, discussões ou palestras sobre esse tema? Explique.
12. Para você, qual a importância de se ter uma educação em saúde, fazendo com que assim, diminua a incidência de casos de HIV/Aids na sociedade em geral?
13. Quais métodos de prevenção ao HIV você conhece?
14. Você acredita, que se soubesse as diversas formas de prevenção ao HIV, poderia estar em uma situação diferente?
15. Você se considera bem atendido pelo Sistema Único de Saúde - SUS, ligado ao Serviço de Assistência Especializado - SAE? Relate.
16. No seu tratamento, você faz o uso diariamente dos medicamentos retrovirais?

☐ sim

☐ não

Independente da resposta afirmativa ou negativa da questão anterior, explique o porquê você considera importante o uso diário dos medicamentos retrovirais ou o porquê você não faz o uso diário desses medicamentos.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – nº 5.794.146

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ 								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA Título da Pesquisa: Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde - GO Pesquisador: DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA Área Temática: Versão: 6 CAAE: 59948422.2.0000.0187 Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 5.794.146 Apresentação do Projeto: O presente projeto de pesquisa, é parte das atividades desenvolvidas no programa de pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Jataí, com intuito de construir uma TESE de doutoramento. A pesquisa aborda o tema: população que vive com HIV, a ser desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Rio Verde. Trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa, composta por três momentos, sendo elas: a coleta de dados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) visando a construção de mapas cartográficos da espacialização do HIV/Aids nessa cidade, a análise dos Indicadores e Dados Básicos do HIV/Aids nos municípios brasileiros, disponibilizados pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), vinculado ao Ministério da Saúde do Governo Federal, que são de domínio público e por fim as entrevistas semiestruturadas e análise das mesmas. A finalidade da pesquisa será demonstrar que o HIV/Aids é uma enfermidade que atinge todas as classes sociais e não difere gênero, sexualidade, raça ou geração. Irá utilizar a Análise de Conteúdo como metodologia para interpretação dos dados e das entrevistas. O referido projeto será custeado pelos pesquisadores e não há conflito de interesses informado. Objetivo da Pesquisa: Objetivo Geral: • Compreender como se desenrolam as experiências de vida cotidianas das pessoas que vivem								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 - Campus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Jataí</td> <td>CEP: 75.801-615</td> </tr> <tr> <td>UF: GO</td> <td>Município: JATAÍ</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (64)3606-8337</td> <td>E-mail: cep@ufjf.edu.br</td> </tr> </table>	Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 - Campus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25		Bairro: Jataí	CEP: 75.801-615	UF: GO	Município: JATAÍ	Telefone: (64)3606-8337	E-mail: cep@ufjf.edu.br
Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 - Campus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25								
Bairro: Jataí	CEP: 75.801-615							
UF: GO	Município: JATAÍ							
Telefone: (64)3606-8337	E-mail: cep@ufjf.edu.br							

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ



Continuação do Parecer: 5.794.146

com HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO por meio da cartografia social.

Objetivos Específicos:

- Analisar as políticas públicas, a partir do global, perpassando pelos dispostos nacional e estadual, e chegando ao regional, no que tange à oferta e disponibilidade de atendimento, tratamento e prevenção para as pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- Discorrer sobre medidas, sugestões e estratégias de enfrentamento do HIV/AIDS.
- Identificar os aspectos socioespaciais das pessoas que vivem com HIV, caracterizando suas condições socioeconômicas.
- Entender sua posição e ocupação no espaço urbano, delineando um perfil desses pacientes em tratamento antirretroviral atendidos pelo SUS.

Os objetivos são exequíveis e coerentes com a propositura geral do projeto, por apresentar a idéia central da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCO:

A presente pesquisa informa que existe risco mínimo ao participar da pesquisa que está relacionado a algum tema que cause desconforto ao entrevistado, afirmando que será garantido ao entrevistado não falar sobre o referido tema, pois os entrevistados terão liberdade absoluta para responder somente as perguntas que considerarem que não são desconfortáveis. Refere ainda, a possibilidade do entrevistado sentir-se cansado durante a entrevista, podendo o mesmo interromper a mesma a qualquer momento. Além disso, refere que o participante poderá pedir atendimento no SAE ou ser transferido a uma unidade de saúde mais próxima. Aponta que é livre escolha do local de atendimento pelo participante.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, tendo em vista a invisibilização desses sujeitos soropositivos, a pesquisa tem a premissa de dar voz a esses indivíduos, entendendo seus anseios, preocupações, perspectivas do seu presente e futuro, proporcionando a outros leitores e pacientes em tratamento do HIV dessa cidade e de outras localidades, por meio do produto desta pesquisa, a tese, a compreensão de que é possível viver de forma saudável mesmo em condição sorológica positiva. Também, contribuirá para a valorização deles, uma vez que a sociedade tende a ser excludente.

Endereço: BR 364, km 195, nº 3800, Câmpus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25

Bairro: Jataí

CEP: 75.801-615

UF: GO

Município: JATAÍ

Telefone: (64)3606-8337

E-mail: cep@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ



Continuação do Parecer: 5.794.146

com essa população, sendo preciso entender que o HIV, como qualquer outra doença crônica, não impede esses sujeitos de criar vínculos no meio em que está inserido. Ademais, poderá auxiliar na construção de uma base teórica que subsidiará uma discussão mais a fundo da temática, proporcionando debates em favor da saúde pública, no que tange ao HIV/Aids em seu município. Além de contribuir como subsídio para pesquisas que articulam geografia, espaço urbano e saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Refere-se a um estudo com abordagem qualitativa sobre pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A proposta de pesquisa não apresenta um referencial teórico atualizado (últimos 5 anos).

O projeto aponta que utilizará o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL), que servirá de subsídio principal para a construção da cartografia social.

Utilizará de entrevista semiestruturada aplicada população que vive com HIV/Aids.

Nos procedimentos metodológicos da pesquisa, descritos no projeto detalhado e no projeto de informações básicas, refere que a abordagem será individual, em ambiente reservado, pelo próprio pesquisador mas, eventualmente poderá contar com o auxílio dos profissionais de saúde que trabalham no SAE/CTA. Informa que se propõe-se a realizar vinte entrevistas.

O cronograma de execução da pesquisa é o mesmo nos três ambientes (projeto detalhado; no projeto de informações básicas e no cronograma avulso).

O projeto especifica os critérios de inclusão e exclusão para participantes.

Apresenta o roteiro semiestruturado a ser utilizado na entrevista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios ao projeto:

- a. Folha de Rosto – presente e adequado
- b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado
- c. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) – não se aplica
- d. Carta Justificativa para Dispensa do TCLE – não se aplica
- e. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) - não se aplica
- f. Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado (secretário de saúde)

Termo de Anuência Institucional (TAI) – presente e adequado (termo do responsável pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV – SISCEL, no SAE de Rio Verde)

Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 4 Campus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25

Bairro: Jataí

CEP: 75.801-615

UF: GO

Município: JATAÍ

Telefone: (64)3806-8337

E-mail: cep@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ



Continuação do Parecer: 5,754,146

- g. Termo de Compromisso dos Pesquisadores – presente e adequado
- h. Projeto de pesquisa completo e detalhado – presente e adequado
- i. Cronograma – presente e adequado
- j. Informações básicas do projeto (PB): presente e adequado (pendência atendida)
- l. Outro (especificar):
 - Orçamento - presente e adequado
 - Instrumentos (Roteiro da entrevista) – presente e adequado

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador respondeu a pendência, sem embargo, salvo melhor juízo deste colegiado, considera-se APROVADO o presente projeto.

1. Termos obrigatórios

1.1 Projeto básico - PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_

Solicita-se alteração do item:

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Solicita-se mudança nesse item por estar escrito NÃO devendo ser escrito SIM. Com isso, o projeto básico ser novamente preenchido, sem outras alterações, e submetido na Plataforma Brasil, com título PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO, seguido da data.

Tal solicitação se faz pela descrição na página 16 onde está descrito: "O presente estudo será dividido em duas etapas, sendo uma por meio de coleta de dados secundários e primários..... Para a construção da cartografia social serão utilizados os dados secundários disponibilizados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos"

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG Regional Jataí considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável devesse encaminhar ao CEP-UFG Regional Jataí o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na

Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 - Câmpus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25
Bairro: Jataí **CEP:** 75.801-615
UF: GO **Município:** JATAÍ
Telefone: (64)3606-8337 **E-mail:** cep@ufjf.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ



Continuação do Parecer: 5.794,146

Resolução CNS n. 466/12 e/ou 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para fevereiro de 2025.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1822823.pdf	29/11/2022 20:52:33		Aceito
Outros	RESPOSTA_AS_PENDENCIAS_CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_ALTERACAO_PROJETO_BASICO_DANILLOMGVCOSTA.pdf	22/11/2022 21:58:02	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_23_11_2022.pdf	22/11/2022 21:48:49	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_AVULSO_DANILLOMGVCOSTA.pdf	02/11/2022 19:59:00	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_DANILLOMGVCOSTA.pdf	18/09/2022 17:08:46	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_ANUENCIA_SAE_DANILLOMGVCOSTA.pdf	18/09/2022 17:06:06	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPOSTA_DANILLOMGVCOSTA.pdf	18/09/2022 16:27:55	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_DANILLOMGVCOSTA.pdf	17/08/2022 23:22:01	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_DANILLOMGVCOSTA.pdf	17/08/2022 23:20:45	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA_DANILLOMGVCOSTA.pdf	15/06/2022 20:31:40	DANILLO MACEDO GONÇALVES VITORINO DA COSTA	Aceito

Endereço: BR 364, km 195, nº 3800 - Campus Cidade Universitária - Bloco 5, sala 25
 Bairro: Jataí CEP: 75.801-615
 UF: GO Município: JATAÍ
 Telefone: (64)3606-8337 E-mail: cep@ufjf.edu.br

ANEXO B – Autorização Secretaria Municipal de Saúde para pesquisa



AUTORIZAÇÃO

Eu, **Djan Barbosa de Freitas**, Secretário Municipal de Saúde no Município de Rio Verde – GO, em nome da Secretaria Municipal de Saúde e do SAE – Serviço de Assistência Especializado e o CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento, autorizo, **Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa**, aluno regular do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal Jataí, número de matrícula 2021100952, ter acesso aos dados, bem como realizar entrevistas com pacientes em tratamento nas dependências do SAE - Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS (SAE), do município de Rio Verde, cuja pesquisa tem como título "Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde (GO)".

Por entender que essa anuência é necessária, para a submissão da pesquisa citada, análise e autorização pelo Comitê de ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Jataí, assino este documento, ciente de que somente após a autorização da pesquisa por parte do CEP, que os dados serão coletados e utilizados para a elaboração da tese de doutoramento do pesquisador.

Rio Verde, 12 de abril de 2022.

Djan Barbosa de Freitas
 Secretário Municipal de Saúde
 Rio Verde - Go

Djan Barbosa de Freitas
 Secretário Municipal de Saúde



Av. Presidente Vargas, 4.775 - Vila Maria
 CEP: 75.900-000 - Rio Verde - Goiás
 CEP: 75.900-000 - CEP: 75.900-000
 Telefone: (64) 3602-0000 - Fax: (64) 3602-0000

ANEXO C – Ofício Circular nº 1/2022 da UFJ com pedido de autorização da pesquisa



OFÍCIO CIRCULAR Nº 1/2022/COPG/UFJ

Jataí, 21 de fevereiro de 2022.

À Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde

A/C- Djan Barbosa de Freitas - Secretário Municipal de Saúde de Rio Verde

Assunto: Autorização de acesso aos dados e de realização de entrevistas com pacientes em tratamento, no Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS (SAE) do município de Rio Verde

Senhor Secretário Municipal de Saúde

Solicitamos a anuência de autorização de acesso aos dados, bem como a realização de entrevistas com pacientes em tratamento, no Serviço de Assistência Especializada DST/AIDS (SAE), do município de Rio Verde. Salientamos que a anuência é uma concordância de realização da pesquisa nas dependências do SAE, com pacientes em tratamento e que essa é a primeira etapa para submissão, análise e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Jataí. Os dados só serão coletados após a análise e autorização da pesquisa por parte do CEP, sendo que os mesmos serão utilizados para a elaboração da tese de doutoramento do aluno regular do Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal Jataí, Danillo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa, número de matrícula 2021100952, cuja pesquisa tem como título **"Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde (GO)"**.

Em anexo, o projeto aprovado no Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Federal de Jataí.



Programa de Pós-Graduação em Geografia-UFJ
Câmpus Cidade Universitária
BR 364, km 195, nº3800
CEP 75801-615
E-mail: ppgggeo@ufj.edu.br





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Na certeza de contar com vossa autorização, agradeço e me coloco à disposição para mais esclarecimentos sobre a realização da pesquisa, caso o Senhor considere necessário.

Atenciosamente,

Maria José Rodrigues

Profa. Dra. Maria José Rodrigues
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Geografia
Universidade Federal de Jataí



Programa de Pós-Graduação em Geografia-UFJ
Câmpus Cidade Universitária
BR 364, km 195, nº3800
CEP 75801-615
E-mail: ppggco@ufj.edu.br

ANEXO D – Termo de Anuência da Instituição – SAE para realização da pesquisa



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Serviço de Atendimento Especializado – SAE, departamento ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde – GO está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO** coordenado pelo pesquisador Danilo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa, desenvolvido na **Universidade Federal de Jataí**.

O SAE – Serviço de Atendimento Especializado, assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de outubro/2022 até outubro/2023. Sendo a coleta realizada neste departamento, onde serão retirados pelo sistema Siscel, somente os dados citados no projeto (idade, sexo, orientação sexual, raça/cor, bairro, tempo em que está fazendo o tratamento e renda caso houver). Vale destacar que os prontuários completos não serão extraídos pelo pesquisador, mantidos em sigilo. Além disso, o pesquisador será acompanhado por um representante do SAE indicado pela coordenação do mesmo. Caso haja necessidade, devido a alguma informação ausente, também autorizamos o pesquisador a consultar os prontuários físicos arquivados no departamento. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do(a) pesquisador(a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Rio Verde - GO, 26 de agosto de 2022.


Lívia Guimarães de Carvalho

Coordenadora do Programa de IST, Aids e Hepatites Virais

Secretaria Municipal de Saúde

Telefones: 64 3602-8100 - 64 3602-8123

E-mail: secsaude@rioverde.go.gov.br / djanbarbosa@rioverde.go.gov.br

Endereço: Rua Joaquim Mota, nº 257, Santo Antônio

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

Telefone: 64 3620-2401

E-mail: ctarv@hotmail.com / sae@rioverdedeguias.com.br

Endereço: R. Comendador Leão, 101 - Solar Campeiro, Rio Verde - GO, 75900-000



ANEXO E – Termo de Anuência da Instituição – SME para realização da pesquisa



Av. Presidente Dutra, 1271 - Vila Pira
317-5554-100 / 317-5554-100
Fax: 317-5554-100 / 317-5554-100
www.rioverde.go.gov.br



TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Rio Verde – GO está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **Cartografia Social do HIV/Aids no contexto da cidade média de Rio Verde – GO** coordenado pelo pesquisador Danilo Macedo Gonçalves Vitorino da Costa, desenvolvido na **Universidade Federal de Jataí**.

A Secretaria Municipal de Saúde, junto ao SAE – Serviço de Atendimento Especializado, assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de outubro/2022 até outubro/2023. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do(a) pesquisador(a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Rio Verde, 12 de abril de 2022.

Djan Barbosa de Freitas
Secretário Municipal de Saúde
Rio Verde - GO

Djan Barbosa de Freitas
Secretário Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde

Telefones: 64 3602-8100 - 64 3602-8123

E-mail: secsaude@rioverde.go.gov.br / djanbarbosa@rioverde.go.gov.br

Endereço: Rua Joaquim Mota, nº 257, Santo Antônio

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

Telefone: 64 3620-2401

E-mail: ctarv@hotmail.com / sae@rioverdedegoias.com.br

Endereço: R. Comendador Leão, 101 - Solar Campestre, Rio Verde - GO, 75900-000