

## Ensaio

### **Pensamento decolonial e hiv-aids: reflexões para pensar territórios sustentáveis e saudáveis no SUS**

#### **Decolonial Thought and hiv-aids: reflections to think about sustainable and healthy territories in the HUS**

#### **Pensamiento decolonial y vih-sida: reflexiones para pensar territorios sostenibles y saludables en el SUS**

**Rafael dos Santos Reis<sup>1</sup>, Danielle Aparecida do Nascimento dos Santos<sup>2</sup>**

Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente-São Paulo, Brasil

*“Toda teoria é um esforço de explicar para cabeças-duras a realidade que eles não enxergam”*  
Ailton Krenak

#### **Resumo**

Neste ensaio de abordagem teórico-conceitual são apresentadas reflexões que podem contribuir para o debate sobre territórios sustentáveis e saudáveis no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da caracterização do pensamento decolonial articulado às questões de hiv-aids. O pensamento decolonial nos convida a outra lógica para o entendimento das relações de poder existentes no terceiro mundo. O SUS é uma iniciativa do poder público brasileiro pós Constituição de 1988 que preconiza pelo acesso universal ao sistema de saúde e que busca configurar, em tese, uma atenção integral para todos/as brasileiros/as. Por meio da problematização de dados de pesquisa recentes publicados pela UNAIDS, foi possível observar relações de estigmatização e discriminação voltadas às pessoas soropositivas nos espaços públicos de saúde. Por isso, recorreremos às bases decoloniais, considerando que estas podem nos ajudar a desconstruir as relações colonizadas, possibilitando maior aceitação das diversidades e, portanto, que sejam constituídos territórios sustentáveis saudáveis no SUS.

#### **Abstract**

In this essay with a theoretical-conceptual approach, we seek to develop reflections that contribute to the debate on sustainable and healthy territories in the Unified Health System (HUS), through the characterization of decolonial thinking linked to hiv-aids issues. Decolonial thinking invites us to another logic for understanding the power relations that exist in the third world. The HUS is an initiative of the Brazilian public authorities after the 1988 Constitution that advocates universal access to the health

---

<sup>1</sup>É graduado em filosofia, doutorando em educação pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) - Brasil, com sanduíche na Universidade Aberta UAb – Portugal. É bolsista pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Ensino Superior – CAPES. Integra o grupo de pesquisa em Práticas em Educação Inclusiva. É membro integrado de Estudos Globais (CEG-UAb) Portugal.

<sup>2</sup>Graduada em Licenciatura em Pedagogia em 2003. Mestre (2007) e Doutora (2014) em Educação, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da FCT/UNESP. Pós-Doutorado em Ciências da Saúde na Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Líder do grupo de pesquisa Políticas e Práticas de Educação Inclusiva – PPEI.



system and that seeks to establish, in theory, comprehensive care for all Brazilians. Through the problematization of recent research data published by UNAIDS, it was possible to observe relations of stigmatization and discrimination aimed at HIV-positive people in public health spaces. Therefore, we resort to decolonial bases, considering that they can help us to deconstruct colonized relationships, enabling greater acceptance of diversities and, therefore, creating healthy sustainable territories in the HUS.

### Resumen

En este ensayo con enfoque teórico-conceptual, buscamos desarrollar reflexiones que contribuyan al debate sobre territorios sostenibles y saludables en el Sistema Único de Salud (SUS), a través de la caracterización del pensamiento decolonial vinculado a la problemática del vih-sida. El pensamiento decolonial nos invita a otra lógica para comprender las relaciones de poder que existen en el tercer mundo. El SUS es una iniciativa de los poderes públicos brasileños tras la Constitución de 1988 que aboga por el acceso universal al sistema de salud y que busca establecer, en teoría, una atención integral para todos los brasileños. A través de la problematización de datos de investigaciones recientes publicadas por ONUSIDA, fue posible observar relaciones de estigmatización y discriminación dirigidas a personas VIH positivas en los espacios de salud pública. Por eso, recurrimos a las bases decoloniales, considerando que pueden ayudarnos a deconstruir las relaciones colonizadas, posibilitando una mayor aceptación de las diversidades y, por tanto, creando territorios saludables y sostenibles en el SUS.

**Palavras-chave:** Pensamento decolonial, Hiv-aids, Territórios Sustentáveis; Educação em Saúde.

**Keywords:** Decolonial thinking, Hiv-aids, Sustainable Territories; Health education.

**Palabras clave:** Pensamiento decolonial, Vih-sida, Territorios Sostenibles; Educación para la salud.

## 1. Introdução

No final do século XX e nos últimos anos a sociedade como um todo e de forma específica a área da saúde, tem lidado com as questões sobre hiv-aids<sup>3</sup>e pessoas soropositivas de forma precária em termos de investimentos, além de observarmos a propagação de discursos que banalizam a importância da educação continuada como um dos meios para o enfrentamento dos problemas vivenciados por essas pessoas em sociedade.

No Brasil foram criadas políticas de saúde, tratamento integral e meios de prevenção com relação à temática, como a Profilaxia Pré-exposição (Prep) e a Profilaxia Pós-exposição (PEP), assistência às pessoas soropositivas, todas de forma gratuita. Por meio dessas medidas, certamente houve a diminuição das mortes em decorrência da aids, avanço ao acesso a novas medicações, qualidade de vida e ampliação de meios de prevenção em nosso contexto.

---

<sup>3</sup>Utilizaremos a sigla hiv-aids em letra minúscula neste texto, devido as recomendações propostas no guia de terminologia da UNAIDS, que nos ensina a fugir de terminologias estigmatizantes e discriminatórias, referindo-se a pessoas soropositivas, hiv sendo o vírus e a aids como uma síndrome clínica (UNAIDS, 2017).

Contudo, os desafios ainda são inúmeros, especialmente no que se refere ao preconceito e estigmatização com relação às pessoas soropositivas. Um dos fatores que corroboram para esse desafio são as falhas nos processos de conscientização que perpassam pela educação formal. Por meio de uma formação adequada, podemos atuar melhor na prevenção, testagens e tratamento, assim como esclarecimentos sobre o acesso aos serviços de saúde, de forma especial para as pessoas que estão submetidas a vulnerabilidade social.

A história da humanidade sempre esteve marcada por momentos sombrios em relação às doenças, o que impactou nas sociedades e revelou outras faces do humano. No início dos anos 1980, o termo Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) surge como definição para as pessoas acometidas do vírus hiv, até então conhecido mais fora do Brasil e relacionado a mortes de pessoas com imunidade muito baixa. Os primeiros casos de aids no Brasil são confirmados em 1982 e relacionados a pessoas gays e a transfusões de sangue.

Desde então muitos foram os casos e mortes ocasionadas pela síndrome. Desde seu surgimento até os dias atuais, o hiv-aids representa dentro do quadro de doenças, a quarta maior causa de mortalidade no mundo (mais de 40 milhões de pessoas). No Brasil, do início dos anos 1980 até junho de 2023, foram identificados 1.124.063 casos de aids notificados. Em 2022, o número de óbitos em decorrência a aids foi de 10.994. No que se refere aos números, de 2007 a junho de 2023 foram registrados 489.594 casos de hiv. Estima-se que no Brasil atualmente existam um milhão de pessoas soropositivas (Brasil, 2023). Na dimensão global, estima-se que existam 39 milhões de pessoas soropositivas (UNAIDS, 2023).

Em decorrência dos casos graves e mortes, as questões que giram em torno do hiv-aids e das pessoas soropositivas comumente estão relacionadas à estigmatização. Muitas inverdades foram construídas em relação à síndrome, sendo esta chamada de doença dos 5 H, representada por homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e hookers. A "doença dos 5 H" foi um termo cunhado no início dos casos de aids, devido aos casos estarem relacionados a um determinado grupo: a homossexuais, pelas relações afetivas e sexuais entre homens; a hemofílicos, pela prevalência em homens, causada por dificuldades em que o sangue não coagula de forma a causar o excesso de sangramento; a haitianos, pessoas de origem ou que vieram do Haiti e ter o racismo como um fator preponderante; heroinômanos, ao fato de serem usuários de heroína; *Hookers*, nome em inglês que traduzido em nossa língua corresponde a profissionais do sexo.

Outros estigmas como peste ou câncer gay também surgiram como termos associados ao preconceito e à discriminação, principalmente contra pessoas homossexuais. Segundo Rocha (2016), a caracterização histórico-social do termo se fez a partir de variáveis, como:

[...] “fator de risco” para designar os grupos sociais onde primeiramente emergiram casos da síndrome. Mais tarde, os detentores de tais “alegorias” passaram a ser estigmatizados e destituídos de sua humanidade. Inseriu-se, então, a terminologia “grupo de risco”, que passou a ser também combatida por pressupor a ideia de “comportamento de risco”,

identificável por características individuais próprias. (Rocha, 2016, p. 2).

Diante disso, as questões que emergem do termo hiv-aids e das pessoas soropositivas, remetem a um contexto de vulnerabilidade e um comportamento considerado de risco, ou seja, impróprio, gerando com isso uma série de consequências historicamente construídas.

Em respostas a todo esse construto social-cultural, tem se tentado propor movimentos que desconstruam essa percepção em relação à doença e às pessoas que venham a conviver com o vírus. A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável tem como objetivo criar ações que podem possibilitar a prosperidade no Planeta. Essas ações estão focalizadas em 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), distribuídas em 169 metas, das quais ressaltaremos neste ensaio aquelas que entendemos colaborar com as reflexões aqui geradas.

O terceiro ODS “Saúde e Bem Estar” busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as pessoas, em todas as idades, ampliando no seu item 3.1, eliminar a epidemia de aids até o ano de 2030. O quarto ODS “Educação de Qualidade” visa assegurar uma educação inclusiva, equitativa e de qualidade, na promoção de oportunidades de aprendizagens ao longo da vida para todas as pessoas, estendendo-se no item 4.7, a importância em trabalhar para que alunos e alunas obtenham conhecimentos para ser usados nas práticas que resultem na promoção dos direitos humanos, uma cultura não violenta e o entendimento da diversidade cultural (ONU, 2015).

O décimo sexto ODS “Paz, Justiça e Instituições Eficazes” entende a necessidade de promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionando o acesso à justiça para todos e todas, construindo instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis. Na continuação da redação, no item 16b, o ODS salienta a importância de impulsionar condutas não discriminatórias por meio de leis e políticas que façam cumprir ações que resultem no desenvolvimento social (ONU, 2015).

Isso significa que, no âmbito da Agenda 2030, os ODS observam as questões de hiv-aids e podemos inferir que podem ser propostas atitudes inclusivas e de educação que estejam em âmbito formativo relacionadas ao tema.

Outro movimento realizado é feito pela UNAIDS ou ONUSIDA, que é um programa criado pelas Nações Unidas, que objetiva possibilitar meios de colaborar com os países para o desenvolvimento de ações e políticas que ajudem na prevenção e avanço do hiv-aids. A UNAIDS lançou em 2022 o documento intitulado “Estratégia Global 2021-2026 para a eliminação das desigualdades”. O documento alinha-se a Agenda 2030, propondo de forma mais urgente, eliminar a aids até 2026. O documento propõe estratégias que problematizam as várias desigualdades como fatores que colaboram para que a síndrome se mantenha. Entende-se que as pessoas que vivem em contextos vulneráveis são as que mais estão suscetíveis a morte em decorrência do hiv-aids. Ao diminuir-las, o acesso aos serviços que identifica e trata o hiv possibilitará que acabe com essas mortes (UNAIDS, 2021).

Em consonância com essas perspectivas, no Dia da Discriminação Zero, celebrado anualmente em 1 de março, neste ano de 2023 foi lançado o tema “salvar vidas = descriminalizar”, visando promover ações para a

descriminalização da hiv-aids e das pessoas soropositivas. A iniciativa também faz parte das ações propostas pela Agenda 2030 e que chamam a atenção das sociedades sobre a realidade que algumas populações vivenciam e que tem passado despercebidas (UNAIDS, 2023).

Em síntese, as ações mencionadas propõem que as questões sobre hiv e aids e pessoas soropositivas ganhem maior evidência, uma vez que, na conjuntura histórica em que vivemos, o trabalho conjunto das Nações, a utilização de tecnologias e o avanço da ciência, podem contribuir para que os problemas envolvidos com a aids possam ser superados. No Brasil, esse esforço se concentra principalmente no SUS.

O Sistema Unico de Saúde (SUS) surgiu no Brasil por meio da promulgação da Constituição Cidadã, aprovada na Assembleia Nacional Constituinte em 1988 (Brasil, 1988). Nos seus quase 35 anos de existência, o SUS foi implantado, porém não consolidado em termos da sua operacionalização a partir dos seus princípios. De acordo com Paim (2018), questões como a insuficiência de infraestrutura pública, falta de planejamento, dificuldades nas redes e regionalização e impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde, além de questões sociais e ideológicas, comprometem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no SUS. O modelo médico hegemônico, centrado na doença, causa problemas na compreensão global das comunidades, dos territórios e da atenção básica, o que não é diferente em relação às pessoas soropositivas.

A não consolidação do SUS, apontada por Paim (2018), nos coloca frente ao pensamento decolonial nos convidando a pensar em novos modos de ser e de fazer, como possibilidades para criar as condições de uma consciência imigrante (Mignolo, 2017). Se por um lado a “colonialidade” nos remete a uma “matriz ou padrão colonial de poder”, escondida detrás da retórica da modernidade, a “descolonialidade” pode ser uma resposta necessária às falácias e ficções das promessas de progresso e desenvolvimento que a modernidade contempla (Mignolo, 2017), como combate às violências vividas pelas pessoas mais vulneráveis.

Com base nessas perspectivas, pretendemos neste ensaio propor reflexões que provoquem formas de um entendimento descolonizado, rompendo com os discursos e condutas discriminatórias sobre a hiv-aids, o que tem impossibilitado criar territórios sustentáveis nas políticas de saúde, como um dos meios de garantir uma sociedade saudável, para as vivências diversas e inclusivas.

Para isso, inicialmente abordaremos a estigmatização das pessoas soropositivas como ponto central de nossas reflexões, explorando brevemente o histórico da epidemia de hiv-aids e os diferentes contextos nos quais os estigmas em relação às pessoas soropositivas ocorrem. Em seguida, para provocar uma reflexão sobre a colonização dos corpos e das próprias pessoas soropositivas, utilizaremos o pensamento decolonial para possíveis ideias sobre a criação de territórios sustentáveis e saudáveis nas sociedades e no SUS.

## 2. Material e métodos

Trata-se de um estudo teórico-conceitual de abordagem qualitativa, tendo como base os referenciais teóricos de acadêmica/os que visam enfrentar



o colonialismo aos grupos e povos subalternos, dentre os quais, estudos das relações étnico-raciais e feminismo negro.

No processo de identificação das referências teóricas que fundamentaram o estudo, foram utilizados livros e artigos propostos em uma disciplina<sup>4</sup> eletiva de Doutorado em Educação, intitulada “Colonialidade, gênero e relações étnico-raciais: o ingovernável dos corpos precários” e realizada no primeiro semestre de 2023.

Ao longo de 9 encontros, (sendo o nono, uma proposta avaliativa e encerramento da disciplina), a disciplina ficou organizada dentro de três eixos de conteúdos programáticos: 1ª: Modernidade e colonialidade a) Situando aspectos da colonialidade e do “giro decolonial”: uma outra geografia da razão. b) Branquitude e a interdição de tudo que “não é espelho”. c) Descolonização, conhecimento e relações de poder: o epistemicídio. d) O racismo em seus aspectos estruturantes; 2ª o patriarcado e a regulação das relações sociais de gênero a) Gênero, colonialidade e racismo. b) Masculinidade e baixa empatia: o patriarcado branco e o patriarcado negro. c) “A teoria feminista das margens ao centro”: o feminismo das mulheres negras. d) A violência contra mulheres negras e brancas. e) Racismo e sexismo; 3ª: A descolonização dos currículos escolares: uma educação antirracista e os corpos negros na escola. a) Relatos sobre racismo e o sexismo no contexto escolar. b) A cultura da branquitude na escola. c) “A política do cabelo” e a identidade negra: “Meu crespo é de rainha”. d) O negacionismo e a intensificação do racismo no liberalismo autoritário. e) Educação e elaboração do passado: “um passado que não passou”. f) O ingovernável dos corpos negros na atualidade: lutas e resistências.

A partir deste contexto, as referências dos encontros, são as que estão apresentadas nos quadros abaixo:

#### Quadro 1: de referências dos encontros

**1) Aula dia 23/03: Instalação da disciplina/Apresentação e discussão da proposta do curso.** MANHÃ: a) Documentário: “Dandaras: a força da mulher quilombola” (Assistiremos em sala) <https://www.youtube.com/watch?v=RSW3uEfk4QU>; b) JESUS, Maria Carolina de. Quarto de despejo. Diário de uma favelada. São Paulo: Ática, 2014. (Selecione trechos para leitura em sala de aula); c) bell hooks. Interrogação crítica: falar de raça, resistir ao racismo. In: Anseios: raça, gênero e políticas culturais. São Paulo: Elefante Editora, 2019. (Debate); TARDE: Aspectos da colonialidade e giro decolonial: uma geografia da razão. Textos: a) MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. (Debate em sala); b) MIGNOLO, Walter. Colonialidade: o lado mais escuro da modernidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 32 n° 94 junho/2017. (Texto complementar) c) BALLESTRINI, Luciana. América latina e giro decolonial. Revista Brasileira de Ciência Política, n° 11. Brasília, mai-ago., 2013, pp. 89-117. (Texto complementar)

<sup>4</sup> A disciplina é organizada e ministrada pelo docente Divino José da Silva, que atua desde de 1998 como professor assistente doutor da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (FCT/UNESP/Presidente Prudente). É professor de Filosofia da Educação no Departamento de Educação e no Programa de Pós-Graduação- Mestrado e Doutorado desta mesma Faculdade.

**2) Aula do dia 13/04. Descolonização, conhecimento e relações de poder: o epistemicídio. (Encontro online); MANHÃ /TARDE:** a) BISPO DOS SANTOS, Antônio. (Nego Bispo). As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético. In: OLIVA, Anderson Ribeiro et al. (Orgs.). Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal. Belo Horizonte, MG: 2019; b) COLLINS, Patrícia Hill. Epistemologia feminista negra. In: BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOQUEL, Ramón. (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte, MG: 2020; c) CARVALHO, Jorge de. Encontro de Saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras. In: BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOQUEL, Ramón. (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte, MG: 2020.

**3) Aula do dia 27/04: Mulher negra, sexismo e patriarcalismo: pelas lentes de bell hooks:** Texto: a) hooks, bell. Desvalorização contínua da mulheridade negra. In: \_\_\_\_\_. E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

**4) Aula do dia 11/05: Mulher negra, sexismo e patriarcalismo: pelas lentes de bell hooks.** a) Texto: hooks, bell. Racismo e feminismo: a questão da responsabilidade. In: \_\_\_\_\_. E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2021.

**5) Aula do dia 25/05: Mulher negra, sexismo e patriarcalismo: pelas lentes de Lélia Gonzalez:** a) GONZALEZ, Lélia. Cultura, etnicidade e trabalho: efeitos linguísticos e políticos da exploração da mulher. In: In: RIOS, Flávia; LIMA; Márcia (Orgs.). Por um feminismo-afro-latino-Americano. Lélia Gonzales. Rio de Janeiro: Zahar, 2020; b) GONZALES; Lélia. Por um feminismo-afro-latino-americano. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Orgs.). Pensamento feminista hoje. Perspectivas decoloniais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020; c) GONZALEZ; Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: RIOS, Flávia; LIMA; Márcia (Orgs.). Por um feminismo-afro-latino-Americano. Lélia Gonzales. Rio de Janeiro: Zahar, 2020; d) CARDOSO, Cláudia Pons. Amefricanizando o feminismo: o perspectivismo de Lélia Gonzalez. Estudos feministas. V. 22, n.3, p. 965-986, set./dez. 2014.

**6) Aula do dia 01/06 (Aula remota): Mulher negra, sexismo e patriarcalismo: pelas lentes de Sueli Carneiro:** Textos: a) CARNEIRO, Sueli. Gênero e raça na sociedade brasileira. In: Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020; b) CARNEIRO, Sueli. Tempo feminino. In: Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020; c) CARNEIRO, Sueli. Gênero, raça e ascensão social. In: Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020; d) CARNEIRO, Sueli. Mulheres negras e poder: um ensaio sobre a ausência. Escritos de uma vida. São Paulo: Editora Jandaíra, 2020; e) SILVA, Cidinha da. Movimento de mulheres negras e feminismo negro no Brasil: uma memória. São Paulo, SP: n-1 edições, 2021 (Coleção Caixa Pandemia).

**7) Aula do dia 15/06: Aspectos da branquitude e do branqueamento no Brasil.** Textos: a) BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (orgs.). Psicologia social do racismo. Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014; b) BENTO, Maria Aparecida Silva. Branquitude: o lado oculto do discurso sobre o negro. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (orgs.). Psicologia social do racismo. Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014; c) SILVA, Priscila Elisabete da. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (Orgs.). Branquitude. Estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba, PR: Appris, 2017; d) MIRANDA, Jorge Hilton de Assis. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (Orgs.). Branquitude. Estudos sobre a identidade branca no

Brasil. Curitiba, PR: Appris, 2017; e) LABORNE, Ana Amélia de Paula. Branquitude, colonialismo e poder: a produção do conhecimento acadêmico no contexto brasileiro. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (Orgs.). Branquitude. Estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba, PR: Appris, 2017; f) FAUSTINO, Deivison Mendes. Frantz Fanon, a branquitude e a racialização: aportes introdutórios a uma agenda de pesquisa. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (Orgs.). Branquitude. Estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba, PR: Appris, 2017; g) COROSSACZ, Valéria Ribeiro. Nomear a branquitude. Uma pesquisa entre homens brancos no Rio de Janeiro. O conceito de branquitude: reflexões para BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte, MG: 2020.

**8) Aula do dia 29/06: “Tornar-se negro”: os efeitos do racismo sobre a identidade emocionalidade das pessoas negras.**a) SOUZA, Neusa Santos. Tornar-se negro. Rio de Janeiro: Zahar, 2021; b) KILOMBA, Grada. Memórias da plantação. Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro Cobogó, 2019.

Fonte: sistema de cadastro de disciplinas – sistema de pós-graduação, Unesp.

Além destas referências, foram propostas leituras complementares a partir das seguintes obras/estudos apresentadas no quadro abaixo:

#### Quadro 2: referências para leituras complementares

ABRAMOWICZ, Anete; GOMES, Nilma Lino (Orgs.). Educação e raça. Perspectivas políticas, pedagógicas e estéticas. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2010. ALMEIDA, Sílvio. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaia, 2021. bell hooks. Ensinando a transgredir. A educação como prática da liberdade. São Paulo: Martins Fontes, 2013. Teorías feministas: de lo márgenes al centro. Madrid: Traficantes de Sueños, 2013. \_\_\_\_\_. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 2018. \_\_\_\_\_. Meu crespô é de rainha. São Paulo: Boitempo, 2018 (Ilustrações de Chris Raschka). BENTO, M. A. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M. A. (Org.). Psicologia Social do Racismo. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. BHABHA, Homi K. Recordar Fanon. O Eu, a psique e a condição colonial. São Paulo: UBU, 2020. (Fascículo que acompanha o livro “Pele negra, máscaras brancas” de Franz Fanon). CARDOSO, L. Branquitude acrílica e crítica: a supremacia racial e o branco anti-racista. In: Revista Latinoamericana de Ciências Sociales, Niñez y Juventud, Colômbia, v. 8. 2010. Disponível em: Acesso em: 12 jul. 2014. Retrato do branco racista e anti-racista. In: Revista Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul (RS), v. 18, n. 1. 2010. Disponível em: Acesso em: 12 mar. 2013. COLLINS, Patrícia Hill. Epistemologia feminista negra. BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020. COLLINS, Patrícia Hill; BILGE, Sirma. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo, 2020. CARNEIRO, Sueli. Sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2011. DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016. DUSSEL, Henrique. Transmodernidade e interculturalidade: interpretação a partir da filosofia da libertação. Revista Sociedade e Estado, v. 31, n. 01. Jan./Abr. 2016 FANON, Franz. Pele negra, máscaras brancas. São Paulo: UBU, 2020. \_\_\_\_\_. Por uma revolução africana. Textos políticos. Rio de Janeiro: Zahar: 2021. FAZZI, Rita de Cássia. O drama racial de crianças brasileiras. Socialização entre pares e preconceito. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2007. GOMES, Nilma Lino. Sem perder a raiz. Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020 (Coleção Cultura negra e identidades). O



movimento negro e a intelectualidade negra descolonizando os currículos. BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGUÉL, Ramón (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020. GOMES, Nilma Lino; GONÇALVES E SILVA, Petronilha Beatriz (Orgs.). Experiências étnico-culturais para a formação de professores. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2007. GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. \_\_\_\_\_. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. Por um feminismo afro-latino-americano. In: GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. A mulher negra no Brasil. In: GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro: Zahar, 2020. KILOMBA, Grada. Memórias da plantação. Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019. LOURENÇO, Cardoso. O branco ante a rebeldia do desejo: um estudo sobre branquitude no Brasil. Araraquara, 2014 (Tese de Doutorado defendida no Programa de Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara). LUGONES, María. Colonialidad y género: hacia un feminismo descolonial. In: MIGNOLO, Walter. (Comp.) Género y descolonialidad. Buenos Aires: Del Signo, 2008. Colonialidad y género. Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, n. 9, julio-diciembre 2008, p. 73-101. MALDONADO-TORRES, Nelson. Analítica da colonialidade e da decolonialidade: algumas dimensões básicas. In: BERNADINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGUÉL, Ramón (Orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiáspórico. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020. MBEMBE, Achille. Crítica da razão negra. São Paulo: n-1 Edições, 2018. \_\_\_\_\_. Políticas da inimizade. São Paulo: n-1 Edições, 2020. \_\_\_\_\_. Necropolítica. São Paulo: n-1 Edições, 2018. MIGNOLO, Walter. Colonialidade: o lado mais obscuro da modernidade. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 32, n. 94, jun./2017. MIGNOLO, Walter. (Comp.) Género y descolonialidad. Buenos Aires: Del Signo, 2008. Introducción: ¿Cuáles son los temas de género y (des) colonialidad? Buenos Aires: Del Signo, 2008. MUNANGA, Kabengele. Negritude. Usos e sentidos. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020. (Coleção Cultura Negra e Identidades). Rediscutindo a mestiçagem no Brasil. Identidade nacional versus identidade negra. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020. QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e américa-latina. Buenos Aires: Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO, 2013. Acesso em janeiro de 2022: <http://biblioteca.clacso.edu.ar> SEGATO, Rita Laura. Género e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial. e-cadernos CES, n.18, 2012, p. 106-131. <http://journals.openedition.org/eces/1533> ; DOI : 10.4000/eces.1533). Contra-pedagogías de la crueldad. Ciudad Buenos Aires: Prometeo Libros, 2018. SPIVAK, Gayatri Chakravorty. Pode o subalterno falar? Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2010.

Fonte: sistema de cadastro de disciplinas – sistema de pós-graduação, Unesp.

Inicialmente foi realizada a apropriação dos textos pela leitura. Após a leitura, realizamos fichamentos e discussões em sala. Feito todo esse trabalho, selecionamos os textos que refletiam sobre as questões de colonialidade, decolonialidade, educação e corpos precários e outros que no decorrer das discussões em sala aparecerem como indicações para ampliar as reflexões.

Para a estruturação das etapas práticas de coleta de dados, foram consultados documentos publicados pela UNAIDS. A consulta inicial foi realizada em 2022 no site da UNAIDS. Ao acessar o site, optamos por baixar o documento em PDF “Índice de Estigma 2019”, publicado no ano de 2019.

A partir da leitura desse documento também na íntegra, foram selecionados os dados coletados pelo estudo tais como tabelas, gráficos e textos, referentes aos relatos de estigma e preconceito nos espaços de saúde. A preocupação com a validade e confiabilidade dos dados se deu pela análise da metodologia e do plano de análise de dados do estudo em questão.

De acordo com GNP+ et al. (2019), foram adotados critérios como nível de confiança, limite de confiança, perda amostral e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi não-probabilística de 1.784 pessoas, coletadas em sete capitais brasileiras no período de abril a agosto de 2019. A coleta por meio da técnica bola-de-neve (*snowball*) foi feita a partir de contatos de entrevistadoras e entrevistadores recrutados. Além disso, “o cálculo amostral teve como base a prevalência do principal desfecho da pesquisa (estigma relacionado ao HIV e à AIDS), [...], e o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS em cada cidade estudada [...] (GNP+; et al, p. 15, 2019).

Os dados analisados pelo estudo em questão estatisticamente, foram utilizados em nosso estudo visando uma problematização das questões que atravessam as pessoas soropositivas, considerando as suas vivências de estigmas e discriminação por conviverem com o vírus hiv.

Finalmente, após a seleção dos dados do estudo, foi realizado entrecruzamento com os referenciais teóricos cuja seleção se deu a partir dos critérios explicitados acima. Todo esse constructo nos ajudou a compreender a importância de criar territórios sustentáveis e saudáveis no cotidiano formativo do campo da saúde.

### 3. Resultados e Discussão

Neste tópico iremos apresentar brevemente os dados gerais sobre hiv-aids no Brasil, seguindo com os dados de pesquisa realizada pela UNAIDS e culminando com a reflexão teórica a partir do pensamento decolonial.

#### 3.1 Brasil: hiv-aids nos dias atuais e estigmatização das Pessoas Soropositivas

Em 2021, quando foi usado o discurso de que as pessoas, ao se vacinarem contra Covid-19, iriam contrair hiv/aids<sup>5</sup>, uma série de gatilhos históricos foram inflamados. As falas maldosas ressoaram no fato de que a hiv-aids continua sendo um estigma na sociedade atual, repercutindo na perpetuação de territórios de exclusão e prejudicando a vivência da cidadania pelas pessoas soropositivas.

Desde o início da pandemia de Covid-19, o Brasil contabilizou 371.744 casos de óbitos por doenças relacionadas a aids. No mundo, os números de pessoas que morreram passam de 36.000.000 (UNAIDS, 2022). Embora

---

<sup>5</sup>Durante uma live, o ex presidente e inelegível Jair Messias Bolsonaro, fez duas leituras de notícias com fontes dos sites Stylo Urbano e Coletividade Evolutiva, alicerçado em dados não comprovados e inexistentes do Reino Unido, afirmando que as pessoas ao completarem o ciclo de vacinas contra a Covid-19 seriam mais propensas para o hiv (Correio Braziliense, 2022).

tenham passados mais de quatro décadas desde a descoberta dessa doença, os altos índices de contágios e de pessoas que morrem em decorrência da síndrome continuam. A explicação é que alguns países não mantêm ou propõem políticas assertivas que possibilitem que esses números diminuam sem oscilações, no entanto, é necessário compreender de que maneira essa situação é problematizada no contexto brasileiro.

No Brasil, no recorte de pessoas com idade igual ou superior a 15 anos, 36,7 milhões possuem hiv-aids, o que sinaliza altos índices do vírus por pessoas que estão em fase de formação na educação básica. Além disso, 5,9 milhões de pessoas não tem ciência de sua soropositividade, o que revela um problema estrutural na conjuntura quanto a conscientização sobre o vírus e a sorologia ao hiv (Almeida, 2021; UNAIDS, 2022).

Essas considerações nos levaram a pesquisa intitulada “Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS”, que buscou identificar as mudanças ocorridas quanto aos estigmas e discriminação vivenciadas por pessoas soropositivas. Caracterizada como uma pesquisa de abordagem mista descritiva transversal quanti/quali, possui uma vasta dimensão de dados que podem ser analisados a partir de diferentes vertentes e enfoques. Além disso, escolhemos esta pesquisa porque ela não se restringe apenas ao território nacional, tendo sido aplicada em outros países (mais de 100) e com participação que supera 100 mil pessoas. O outro critério também importante é o ineditismo da pesquisa no Brasil e as experiências vivenciadas por pessoas soropositivas ordenadas em 7 localidades diferentes no Brasil, intencionalmente por representarem maiores índices de infecção e de mortes por doenças geradas em decorrência da aids. As localidades são: Manaus – AM, Salvador – BA, Recife – PE, Porto Alegre – RS, Brasília DF, Rio de Janeiro – RJ e São Paulo – SP. O questionário contém 80 perguntas que referem-se às vivências das pessoas com HIV/AIDS (GNP+; et al, 2019).

A amostra da pesquisa contou com a participação de 1.784 pessoas com hiv. Dessas pessoas, se declararam como homem cis, 550 (30,8%) mulher cis, 101 (5,7%) mulher trans/travesti e 8 (0,4%) homem trans. Sobre a orientação sexual<sup>6</sup>, 666 (59,5%) se autodeclararam gay, 110 (9,8%) homem que faz sexo com homem, 106 (9,5%) bissexuais e 237 (21,2%) disseram não se identificar com nenhuma das possibilidades. Outros dados coletados foram o de 12 (2,3%) lésbicas, 8 (1,5%) mulher que faz sexo com mulher, 22 (4,2%) mulheres bissexuais e 488 (92,1%) disseram não se identificar com nenhuma das possibilidades. As idades das pessoas que participaram do estudo vão dos

---

<sup>6</sup>A identidade de gênero: refere-se à maneira como uma pessoa se identifica internamente em relação ao gênero, ou seja, se ela se identifica como homem, mulher, ambos, nenhum ou em algum ponto entre essas categorias tradicionais. A identidade de gênero não está necessariamente ligada ao sexo biológico de uma pessoa. Algumas pessoas podem se identificar com o gênero que corresponde ao seu sexo biológico (cisgênero), enquanto outras podem se identificar com um gênero diferente (transgênero). Orientação Sexual: refere-se ao padrão de atração emocional, romântica e/ou sexual que uma pessoa tem em relação a outras pessoas. Ela descreve a quem alguém é atraído. Existem várias orientações sexuais, incluindo heterossexualidade (atração por pessoas do gênero oposto), homossexualidade (atração por pessoas do mesmo gênero), bissexualidade (atração por pessoas de mais de um gênero), pansexualidade (atração por pessoas independentemente de seu gênero), assexualidade (falta de atração sexual por qualquer gênero) e outras.

18 anos a 76, sendo a média de idade de 25 anos, seguida por 40 anos (GNP+; et al, 2019).

Entre os participantes, 25,8% estão estudando e 74,2% não. O nível de escolaridade aferido foi de 4,3% sem educação formal, 22,7% ensino fundamental, 34,4% ensino médio, 8,9% ensino técnico ou profissionalizante e 29,7% ensino superior e universitário (GNP+;et al, 2019).

Pautando-nos na pesquisa em questão e seus dados, buscamos extrair as interações que as pessoas soropositivas tem e mantem com os serviços de saúde. É sabido que pessoas com hiv-aids precisam utilizar serviços de saúde para testes e tratamentos/acompanhamentos para uma vida saudável. Nesse sentido, conhecer como essas relações acontecem por meio dos dados da pesquisa realizada poderia nos ajudar a entender como os espaços de saúde têm conseguido ser territórios saudáveis para as pessoas soropositivas.

O primeiro dado problematizado se refere à busca por tratamento do hiv, conforme explicitado abaixo noquadro3:

**Quadro3** - Motivos que fizeram os participantes evitarem, demorarem ou impediram-lhes de receber cuidados ou tratamento relativos ao HIV (%)

Eu não estava preparada/o para lidar com o fato de que sou soropositiva/o para o HIV (n=1577)	41,1
Eu estava preocupada(o) que outras pessoas (que não amigos ou familiares) descobrissem que sou soropositiva(o) para o HIV (n = 1576)	31,3
Eu tinha medo que profissionais de saúde (médicas/os, enfermeiras/os, ou outros profissionais me tratassem mal ou revelassem sem meu consentimento que sou soropositivo para o HIV (n = 1575)	26,5
Eu estava preocupada(o) que minha/meu parceira(o), família ou amigas/os descobrissem que sou soropositivo para o HIV (n = 1578)	26,5
Eu tive uma experiência ruim com uma(um) profissional de saúde no passado (n = 1573)	20

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com hiv-aids no BRASIL.

De acordo com o quadro 3, os motivos que fizeram os participantes soropositivos evitarem ou não receberem cuidados e tratamentos relativos ao hiv, pode ser interpretado pelo medo de não estar preparado para auto aceitar-se ou de ser descoberto pela sua condição e vivenciar experiências ruins pelo fato de ser uma pessoa que vive com hiv.

Em um contexto em que a sociedade mantém raízes colonizadas, sejam ela sobre o corpo, a subjetividade, o conhecimento e as percepções sobre a outra pessoa como temos acompanhado com uma série de negacionismos, ser soropositivo, para algumas pessoas e grupos, ainda é considerado sinal de risco.

Bento (2014) contribui com essa perspectiva ao refletir sobre o medo a partir da ótica do branqueamento e da branquitude: “o medo do outro”. A lógica que o medo opera nas pessoas pretas é a de que sua sexualidade coloca o branco em risco. Nas sociedades em que a colonização traz as concepções religiosas, a sexualidade que não se enquadra dentro dos “padrões estabelecidos”, é um perigo a ser combatido. Da mesma forma, essa lógica segue na relação das pessoas que tem privilégios e que não querem ceder às pessoas não privilegiadas. No contexto da nossa discussão, ser soronegativo é

um privilégio ou um padrão “normal” diferente de ser uma pessoa soropositiva, considerada como algo patológico, um castigo.

O autor supracitado ainda exemplifica essa reflexão ao analisar as pandemias que ocorreram na Europa nos séculos 16 e 17. Para que uma pandemia exista é necessário encontrar uma causa. E nesse contexto, “os culpados potenciais, sobre os quais voltou-se a agressividade coletiva, foram os considerados “estrangeiros”, os viajantes, os marginais e todos aqueles que não estavam bem integrados a uma comunidade” (Bento, p. 33, 2014). Não obstante, o hiv e a aids, quando observado o início dos casos e os resquícios nos dias atuais, pensando sobre gays, travestis e outras pessoas “marginais”.

Este, portanto, é um aspecto a ser considerado quando pensamos no atendimento básico em saúde como uma proposta acolhedora, o que revela que ao contrário, os espaços de saúde envolvidos com o tratamento da hiv-aids não inspiram confiança nas pessoas soropositivas, que temem ser expostas, portanto, tem se revelado como espaços sem potência de acolhimento e criação de vínculos.

Quando considerado o local em que a pessoa soropositiva recebe os cuidados e tratamentos, podemos observar, conforme a tabela abaixo.

**Quadro 4** - Percentual de respostas à pergunta “Geralmente, onde você recebe cuidados e tratamentos relativos ao HIV?” (%) (n = 1.775)

Posto de saúde, clínica ou outro serviço público	90,5
Clínica, hospital, ou médico particular	1,4
Vários dos anteriores	6,4
Organização não-governamental	0,1
Centros comunitários	0,1

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com hiv-aids no BRASIL.

Conforme explicitado no quadro 4, mais de 90% das pessoas soropositivas que participaram da pesquisa, utilizam o SUS para acompanhamento e tratamento quanto aos cuidados relativos ao hiv e aids. As clínicas particulares representam um percentual muito baixo, assim como ONGs e centros comunitários. Além disso, os medicamentos são distribuídos somente pelo SUS, o que reforça o local em que esses atendimentos são majoritariamente obtidos. Com isso, podemos inferir o importante papel do SUS para o tratamento público e apoio na vida das pessoas soropositivas, o que reforça o caráter dos serviços desse sistema como conquista da sociedade e possibilidades de cidadania que podem gerar e é o grande lugar de cuidado (Paim, 2018).

Problematizando as formas como as pessoas soropositivas são tratadas nos serviços públicos de saúde, obtivemos os seguintes dados expostos nos quadros 3 e 4. Antes da leitura, é importante destacar a diferença entre os quadros. O quadro 4 refere-se a serviços de saúde **relativos** ao hiv. O quadro 5 refere-se a serviços de saúde **que não são relativos** ao hiv

**Quadro 5**—Porcentagem de pessoas participantes que foram tratadas das seguintes formas por funcionárias(os) dos serviços de saúde relativos ao HIV nos últimos 12 meses (%)

Fez comentários negativos ou fofocas porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1772).	6,8
Minimizou o contato físico ou tomou precauções extras porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1772).	6,8
Revelou para outras pessoas sem seu consentimento que você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1771).	5,8
Aconselhou a não fazer sexo porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1773)	4,2
Abusou verbalmente porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1772).	3,8
Recusou atendimento de saúde porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1774)	2,1
Abusou fisicamente porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1773).	0,2

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com hiv/aids no BRASIL.

**Quadro 6** - Porcentagem de pessoas participantes que foram tratadas das seguintes formas por funcionárias(os) dos serviços de saúde não relativos ao HIV nos últimos 12 meses (%)

Minimizou o contato físico ou tomou precauções extras porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1205).	8,3
Recusou atendimento odontológico porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1204).	7,8
Fez comentários negativos ou fofocas porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1203).	7,6
Revelou para outras pessoas sem seu consentimento que você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1203).	6,3
Recusou atendimento de saúde porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1206).	6
Aconselhou a não fazer sexo porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1205)	3,7
Abusou verbalmente porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1203)	2,8
Abusou fisicamente porque você é soropositiva(o) para o HIV (n = 1205)	0,6

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com hiv-aids no BRASIL.

Conforme revelado no quadro 5, observamos que as pessoas soropositivas perceberam que os/as funcionários/as dos serviços de saúde fizeram comentários negativos quanto a sua condição, faltaram com a ética profissional ou desenvolveram atitudes de estigma e segregação frente às mesmas. Ainda, chama a atenção o fato de que os profissionais de saúde de ambos espaços de saúde, relativos ao hiv e os que não são, recusaram a dar atendimento às pessoas soropositivas. Em uma análise mais aprofundada quanto a essa questão, podemos pensar que há uma certa deportação (Reis, 2020), quando o sistema e a estrutura que gerencia os espaços da saúde não administram de forma ética, profissional e humana o público alvo que faz parte do atendimento e do serviço a ser prestado mandando direta ou indiretamente embora dos espaços, onde por regra deveriam estar e serem atendidas, colaborando com as propostas em eliminar a aids como elencadas na introdução deste texto. Sinaliza, pois a ausência de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Além disso, o mínimo que se espera quando uma pessoa busca o cuidado no espaço de saúde é que seja examinada. Os dados apresentados nos quadros confirmam as situações de preconceito e estigmatização. Quando um corpo soropositivo, ao se apresentar nos espaços de saúde, aciona a percepção de uma desobediência ao que se espera de um corpo, e um desajustamento em relação a ideia de um corpo “normal-saudável” resultando em relações e processos de rejeição. Portanto, explica a perpetuação do

estigma e discriminação em um espaço que aparentemente deveria ser inclusivo (Miranda, 2017).

A partir dos dados apresentados ficou perceptível que pessoas que não se enquadram ao construto heterossexual, são as que mais estão atravessadas pelas questões de estigma e preconceito. Neste sentido, nos interessou trazer os dados, e problematizá-los. Os números representados abaixo, mostram que o preconceito, a discriminação e o estigma vivenciados pelos grupos de pessoas soropositivas é potencializado pelo marcador da identidade de gênero e de orientação sexual, sendo um forte marcador na criação de vulnerabilidades presentes em estudos e nas relações em sociedade (Mendes et al.; 2022).

**Quadro 6**—Dados de estigmatização e discriminação entre participantes trans/travestis

	N=62
Já se sentiu excluída(o) de atividades familiares por causa de sua identidade de gênero.	43 (69,4%)
Já sentiu que os membros de sua família fizeram comentários discriminatórios ou focaram sobre você por causa de sua identidade de gênero.	50 (80,6%)
Já sentiu medo de procurar serviços de saúde por causa de sua identidade de gênero.	17 (27,4%)
Já evitou procurar serviços de saúde porque você se preocupou que alguém pudesse descobrir sua identidade de gênero.	17 (27,4%)
Alguém já te assediou verbalmente por causa de sua identidade de gênero	46 (74,2%)
Alguém já te chantageou por causa de sua identidade de gênero	18 (29,0%)
Alguém já te agrediu ou assediou fisicamente por causa de sua identidade de gênero	35 (56,5%)

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no BRASIL

De acordo com os dados apresentados no quadro 6 a problemática com as pessoas trans e travestis, pode ser compreendida por pautar-se em uma colonização binária-heterossexual. Com o surgimento da aids, os espaços de saúde passaram a “aceitar” as pessoas travestis e transsexuais, mas sem descartar a percepção abjeta que ainda permeia as mentalidades dos serviços de saúde sobre essas pessoas e que os dados confirmam (Simpson, 2015).

Por não serem aceitas em casa, na sociedade e em outras instituições, os processos colonizadores de exclusões são replicados. Benevides e Nogueira (2021) trazem outros dados que revelam que 90% da população dessas pessoas tem como fonte de sobrevivência a prostituição. Apenas 4% conseguem uma oportunidade de trabalho formal e, chama a atenção que 65% afirmam que preferiam estar trabalhando formalmente ao invés de estarem nas ruas.

O não reconhecimento de suas identidades e existências faz com que muitas pessoas trans/travestis sejam determinadas a viverem de forma estereotipada. Como estar nos espaços de saúde, se não são aceitas? Implica, pois, no desinteresse em acessar os espaços de saúde colocando em riscos as

suas vidas. As pessoas que atuam nos espaços de saúde inserem os corpos trans/travestis num processo seletivo, no qual selecionam quais serviços disponíveis podem receber, e quais não podem utilizar, fazendo-nos questionar o papel das políticas públicas de saúde (Silva, Nunes, 2022).

**Quadro 7** - Sentimento de estigma e discriminação problematizados em grupos Homem Gay/HSH/Bissexual e Mulher Lésbica/MSM/Bissexual

	Homem Gay/ HSH/Bissexual	Mulher Lésbica/ MSM/Bissexual
Já se sentiu excluído(a) de atividades familiares por [ser gay/lésbica/ homossexual/bissexual; fazer sexo com pessoas do mesmo sexo].	301 (34,1%) [n = 881]	18 (34,0%) [n = 53]
Já sentiu que os membros de sua família fizeram comentários discriminatórios ou fofocaram sobre você por [ser gay/lésbica/homossexual/ bissexual; fazer sexo com pessoas do mesmo sexo].	522 (59,2%) [n = 881]	27 (51,0%) [n = 53]
Já <b>sentiu medo</b> de procurar serviços de saúde porque se preocupou que alguém pudesse descobrir que você é [gay/lésbica/homossexual/bissexual; faz sexo com pessoas do mesmo sexo].	131 (14,8%) [n = 882]	11 (16,2%) [n = 53]
Já <b>evitou procurar</b> serviços de saúde porque você se preocupou que alguém pudesse descobrir que você é [gay/ lésbica/homossexual/bissexual; faz sexo com pessoas do mesmo sexo].	105 (11,9%) [n = 880]	7 (13,2%) [n = 53]
Alguém já te assediou verbalmente por você [ser gay/lésbica/homossexual/ bissexual; fazer sexo com pessoas do mesmo sexo].	546 (61,9%) [n = 881]	19 (35,8%) [n = 53]
Alguém já te chantageou por você [ser gay/lésbica/homossexual/ bissexual; fazer sexo com pessoas do mesmo sexo].	194 (22,0%) [n = 880]	3 (5,8%) [n = 53]
Alguém já te agrediu ou assediou fisicamente por você [ser gay/lésbica/ homossexual/bissexual; fazer sexo com pessoas do mesmo sexo].	262 (29,7%) [n = 880]	8 (15,1%) [n = 53]

Fonte: Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no BRASIL

Os dados presentes nos quadros 6 e 7 confirmam que as relações de estigma e preconceito em relação as pessoas trans e travestis e de orientações sexuais que não se enquadram na heterossexualidade, refletem na violência sofrida dentro dos espaços de saúde, como também fora<sup>7</sup>. A diversidade e inclusão nos espaços de saúde tem sido de desconhecimento e negação. Fica claro que é urgente que os espaços de saúde sejam repensados como territórios saudáveis a partir de um constante movimento de descolonização, seja nas práticas profissionais de saúde, como também na formação. O espaço de saúde nesse contexto se coloca como um espaço que classifica os corpos em detrimento de outros. Alguns corpos tem mais importância do que outros ao serem diferenciados pela própria diferença que marca a vida humana para além de construtos sociais e culturais que politicamente tem tentado

<sup>7</sup> Segundo o dossiê 2022: mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil, foi registrado 273 mortes. 159 (58,24%) de Travesti e Mulher Transsexual; 96 Gay (35,16%); 8 Lésbicas (2,93%); 8 (2,93%); 1 (0,37%); Outros segmentos 1 (0,37%) (DOSSIÊ, 2023).



estabelecer, como uma forma de gerenciar quais corpos merecem ter vida e quais não (Butler, 2019).

Os dados científicos problematizados acima, a partir da pesquisa “Índice de estigma em relação às pessoas vivendo com hiv-aids” nos ajuda a refletir sobre as condições em que essas pessoas vivem, sobretudo quando relacionamos com o aspecto de acolhimento ou não acolhimento realizado pelo SUS. A realidade revela que as questões de hiv-aids geram condições de subalternização de vidas humanas. Por isso, propomos a seguir uma reflexão a partir da decoloniedade, como uma forma de construir territórios sustentáveis e saudáveis e assim, conseguirmos amenizar ou extinguir os estigmas e discriminações em que vivem as pessoas com hiv-aids ao menos no espaço de saúde onde por regra não deveria existir qualquer desumanização por se tratar da condição essencial do trabalho da saúde.

#### **4. Pensamento decolonial: para a construção de territórios sustentáveis e saudáveis voltados a pessoas soropositivas**

Neste momento iremos problematizar os termos colonização e decolonização, e como a decoloniedade opera, tecendo uma análise crítica sobre os moldes que configuram a nossa formação. A decoloniedade tem se constituído como uma forma de pensamento que questiona as formas prontas e/ou únicas que o saber epistêmico e hegemônico faz e acredita ser (Mignolo, 2017; Torres, 2020; Santos, 2019; Collins, 2020; Carvalho, 2020), abrindo caminhos para repensar e construir territórios sustentáveis e saudáveis em saúde, entendendo-os como espaços em que corpos e pessoas existam sem abdicar de seus direitos, avançando na história narrada não mais tendo como base os estigmas e a discriminação que marcam pessoas que vivem com hiv-aids.

Desde crianças, fomos ensinados pela lógica colonizadora de saberes ocidentais: que o Brasil foi descoberto; que os europeus eram a condição-norma civilizatória; a igreja católica a educadora-catequizadora para um novo paraíso de almas que se salvam; assim como as relações patriarcais, racistas, sexistas, de gênero, feministas, sexual e higienistas foram introjetadas. Ou seja, nossa colonização se fez pela alma e pelo corpo por meio dos mecanismos estruturais e sistêmicos que os chamados ‘euro-invasores’ criaram e impuseram aos antepassados e que nos alcançam até hoje, velada ou descarada pela naturalização nas relações e imposições sociais (Torres, 2020).

Diante disso, as estruturas coloniais-sociais operam, nas nossas relações, buscando universalizar o colonialismo como uma forma de impor uma narrativa falaciosa que é construído por meio da cultura e atravessa a história, gerenciando as pessoas, os espaços, os saberes e tudo o que possa manter as relações de poder, domínio e de privilégios (Almeida, 2021).

Para pensarmos a decoloniedade é importante revermos antes, a colonização como a ganância de poder ancorada ao discurso da modernidade, como um projeto que “mudará” o mundo. (Mignolo, 2017). De certa forma, podemos tomar isso como verdade, construindo uma lógica em que a vida de algumas pessoas recebe privilégios à custa de outras ao serem postas como

sacrifício – não o que se santifica em prol das outras pessoas, como um Jesus Branco, mas como um bode expiatório

Ao pensar a modernidade e o discurso que ela produz, a ciência passa a ser a “tábua de salvação” que colaborará para a vida humana – o progresso e soberania, duas faces de uma mesma moeda chamada poder. Ou seja, por meio dessa base se constroem as hierarquizações – um ethos fundante. A colonialidade, nesse sentido é o nome do poder que opera em sociedade (Mignolo, 2017; Torres, 2020).

Em todo campo do saber há relações de poder e de contra-poder. A decoloniedade ocuparia o terreno de resposta quanto a esses conhecimentos – buscando um outro saber não colonizado (Ribeiro, 2017). Um esforço intelectual de análise das estruturas e sistemas colonizadores. Uma construção epistêmica que molda formas e condutas de vidas, que funcione de acordo com a lógica criada e classificada por uma matriz que utiliza de marcadores sociais, sejam eles sexuais, étnicos e religiosos como base para enquadrar pessoas e suas relações com e na sociedade (Torres, 2020). É um esforço por se tratar em desmontar uma história que se diz única, ancorada por verdades inquestionáveis, um sistema que não se vê corrupto e maldoso. E sobretudo, um sentimento de inquietude, que não se contenta em aceitar e compreender utilizando apenas uma narrativa contada por uma parte da história (Santos, 2019).

Por meio do pensamento decolonial, conseguimos enxergar de que maneira algumas vidas são afetadas pela colonização ao distinguir o que é considerado humano e não humano, ou o que é normal e não normal. Assim, podemos repensar nossa forma de entender e conceber o mundo e as pessoas que nele fazem sua morada.

A Decoloniedade nesse horizonte, se propõe a não ocupar o lugar de um novo conhecimento hegemônico e sim, uma outra forma de conhecimento, uma epistême<sup>8</sup> que dá espaço para desassociar as formas que entendemos o mundo e as pessoas, tendo apenas como uma base de conhecimento. Uma epistême subalterna que busca não ser mais silenciada e nem excluída, ao contrário, SER produtora de verdades que emerge como uma outra perspectiva - aquela em que está no campo das vivências (Mignolo, 2017).

A validação do que é ciência passa por uma estrutura necessária, mas que também é contaminada pela colonização. Necessária, para que não repitamos a tragédia de fazer do conhecimento científico um negacionismo político. Contaminada, por manter as estruturas que controlam o que é saber válido ou não. Um exemplo claro é o pensamento feminista negro (Collins, 2020). Ao terem posicionamentos que questionam a posição de poder ocupada por uma parte da sociedade, invalida o pensamento que ao questionar e situar as relações e estruturas sistêmicas de privilégios, por revelar os benefícios que alguns recebem em detrimento a outros, faz de alguns corpos, como por exemplo, os corpos pretos soropositivos a manterem relações de exclusões.

O conhecimento científico diz ser e estar em um movimento de resposta aos problemas, dar respostas, explicar e indicar soluções. Todavia, por meio do pensamento decolonial, devemos questionar a ordem e os

---

<sup>8</sup> A utilização do termo epistême no contexto deste estudo, “é romper o comodismo sistêmico das epistemologias consagradas na modernidade, bem como suscitar possibilidades de reaprender um novo caminhar científico sob o olhar de saberes que, outrora, foram “folclorizados” pela Ciência Moderna” (Fernandes, p, 163, 2023).

propósitos que atendem grupos elitizados e privilegiados. Ou seja, devemos questionar a ordem em que a produção científica se apresenta, criando apagamentos de existências e de pessoas enquanto participantes do próprio desenvolvimento científico. Por exemplo, travestis e mulheres transexuais pretas, ao inverterem a ordem de cobiça. Travestis e mulheres transexuais pretas, são produtoras de conhecimento, rompendo a hegemonia em que seus lugares podem ser onde quiserem estar (Oliveira, 2023).

O que amplia essa ideia é pensar: quem são as pessoas que ocupam as universidades, as escolas, os laboratórios e os locais de poder? São mulheres pretas, travestis, pessoas soropositivas, pessoas indígenas, pessoas com deficiência? Podendo ser estendida a tantas outras relações de subalternidade que o espaço de saúde enfrenta, como enfermeiras, técnicas de enfermagem, por uma lógica de poder. Esse questionamento é uma maneira de percebermos e de pensarmos em como a colonização atua ao construir e consolidar certos espaços. E não é por explicações sociais, mas por discursos que vazios de provas-vivências não conseguem perceber o local da fala-defesa (Collins, 2020). Do mesmo modo, quando pensamos no desenvolvimento de conhecimento sobre vivências de pessoas soropositivas, estas estão marcadas apenas pela margem de números estatísticos.

Carvalho (2020) ao refletir sobre as cotas e o encontro dos saberes, colabora com a decoloniedade ao propor que a descolonização se inicia dentro da academia. É nesse espaço de produção e formação de pessoas que atuarão nos espaços de poderes institucionais que se romperá com a lógica colonizadora. Implica em romper com as estruturas e sistemas que o espaço acadêmico impõe. Ou seja, problematizar os saberes envolvidos na formação em saúde, a quem esses saberes atuarão em prol da vida de forma igualitária e tantas outras percepções que estão presentes nas Universidades e que podem levar a uma formação mais humana para a área da saúde.

A decoloniedade nesses moldes rompe a estrutura que não tem dado mais conta de atender os embates e os espaços de poder. Existem pessoas pretas/os, indígenas, não heterossexuais, que não atendem a um binarismo de identidade de gênero e de sexualidade. Ou seja, há outros saberes produzidos pelas comunidades indígenas, pela ancestralidade afrodescendente e tantos outros mais que pelo processo colonizador foi sendo apagado.

A chamada “transfluência” de Bispo (2019) sintetiza como a decoloniedade pode atuar. Ele menciona a relação entre os Povos Africanos e Indígenas, e sua união no período do processo colonizador, sem mesmo saber suas línguas ou cultura e sem a necessidade de guerra. Isso ocorre por centrar em uma única questão: a cosmologia. O mundo, como um território (espaço) que está para todas as pessoas. Os colonizadores fizeram do mundo, e de forma especial para essa discussão o Brasil, um espaço (territórios) de roubo da terra das pessoas que viviam aqui, roubo das pessoas africanas ao serem tiradas de suas terras. O desmatamento e o genocídio são formas de segregar que constituem as estruturas em como fomos e estamos sendo formados, a partir de relações corruptas e desiguais.

O Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis (PITSS, 2019) entende que um território é formado a partir de uma área delimitada, um espaço que ao ser estabelecido como tal, cria vida a partir da instituição de relações de poder, com delimitações, sejam elas por muros ou fronteiras. Ou seja, a saúde é um território no qual se delimitam práticas e saberes que, ao

serem construídos no decorrer da história humana, se consolidam como um território de referência à promoção da vida por meio da saúde como forma de bem-estar físico, mental e social.

No entanto, alguns territórios ficaram a margem do usufruto e benefícios de territórios mais privilegiados, e assim, faz-se necessária uma visão médica social que se faça crítica ao pensar a saúde em certos territórios de forma inclusiva e sustentável, sobretudo, com o surgimento de novas demandas, como a hiv-aids e outras doenças. Nessa direção, o pensamento decolonial nos convida a pensar na constituição desses territórios sustentáveis e saudáveis, tendo como base os movimentos (Reforma Sanitária), conferências (Alma Ata), políticas públicas de saúde, o SUS e a Política Nacional de promoção da Saúde (PNPS), como possibilidades de ressignificar efetivamente o papel da saúde (PITSS, 2019).

A proposta de propiciar territórios sustentáveis e saudáveis está na direção em promover a vida nos vários espaços e lugares e que a saúde não esteja ao centro, mas nos vários locais, no intuito em desenvolver a proteção ao meio ambiente, o respeito à cultura de cada povo, atentando-se as questões econômicas e sociais que atravessam as pessoas que compõem os vários territórios.

No entanto, é necessário constituir alianças frente a todas as instâncias políticas, jurídicas, educacionais entre outras. E isso nos coloca junto ao pensamento decolonial como uma “base” para construir ou ressignificar territórios sustentáveis e saudáveis que produzam novos “corpos, outros afetos, sonhar sonhos para sermos acolhidos por esse mundo e nele podermos habitar” (Krenak, 2020, p.47).

O projeto e proposta de saúde como um dever do Estado, conforme já problematizamos na introdução, nasceram com a Constituição Federal (1988). A partir da Lei nº 8.080 de 1990, o SUS passa a seguir como uma política de saúde que atende a todas as pessoas, sem distinção sociais ou econômicas, como parte do exercício da cidadania de todas as pessoas. Nessa direção, o SUS é um “conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da universalidade, equidade e integralidade tendo como princípios organizacionais a regionalização, descentralização e controle social ou participação social, para além da comunidade” (Paim, 2015, p.35).

Os princípios direcionadores do SUS segundo o Ministério da Saúde são: a universalização, como um direito de todas as pessoas, sem distinção e cabe ao Estado como responsável em garantir a saúde como um direito inviolável; a equidade, na intenção de romper fronteiras das desigualdades impedindo que a universalização do atendimento à saúde aconteça, propondo a quem demanda maior atenção, um investimento maior; a integralidade, entendendo que as necessidades de saúde não funcionam de forma parcial. Um exemplo, é o tratamento, prevenção e a promoção da saúde as pessoas com hiv e aids (Brasil, s/p).

A relação do SUS com a hiv-aids tem sido de suma importância para o combate e tratamento da hiv-aids. Muitas ações foram realizadas como combate à epidemia de hiv caracterizada nos anos 1990. A esse esforço agregaram-se várias organizações e setores da sociedade. Cabe aqui caracterizar os marcos centrais desse processo. Em 1991, inicia-se a distribuição gratuita do AZT às pessoas que tinham o diagnóstico. Em 1996, a

distribuição se estende de forma universal a todas as pessoas que necessitavam do uso do medicamento; Em 2007, dá-se a quebra da patente do Efavirez. Em 2016, temos o uso do Duletegravir como um medicamento de primeira linha, a implementação da PrEP e PEP para colaborar na prevenção do hiv e a ampliação ao acesso de testes disponibilizando que seja comprado e a distribuição de preservativos. Além disso, a criação dos Centros de testagem rápida (CTA) e outros meios que já tem sinalizado um futuro de uma possível cura da infecção (Bermúdez, 2015).

Contudo, para além das iniciativas medicamentosas, a hiv-aids é uma infecção que perpassa o corpo biológico, alcançando o corpo social. Embora todo o trabalho que o SUS tem realizado ao longo da história para combater a epidemia da hiv e da aids seja essencial, ainda é preciso enfrentar uma terceira epidemia que é o estigma e a discriminação, não apenas enfrentado no núcleo da sociedade, mas principalmente, nos espaços de saúde.

Para tanto, o SUS pode e deve atuar no combate à estigmatização e a discriminação, questionando primeiramente “como alguns indivíduos e grupos vieram a se tornar socialmente excluídos, e sobre as forças que criam e reforçam a exclusão em diferentes ambientes [?]” (Parker; Aggleton, 2001, p.12).

Ao conceituarem estigma e discriminação, Parker e Aggleton pautaram-se na observação das relações entre a hiv-aids e a sociedade. Embora não se restrinjam a explicar apenas ao grupo de pessoas soropositivas, a estigmatização e a discriminação precisa ser entendida a partir de processos sociais, dada por uma estrutura de relações de poder que busca o domínio, seja ao corpo, ao social ou aos espaços.

O estigma e a discriminação são como tecnologias que servem para o exercício de relações de ordem e subordinação de algumas pessoas em detrimento a outras. O intuito é criar uma dimensão narcísica de superioridade a custas da desvalorização e desigualdade de algumas pessoas.

Parker e Aggleton (2001) colaboram também para pensar o surgimento do estigma e da discriminação por alguns pontos de análise: há um contexto histórico, e ao olharmos o surgimento da hiv-aids, o contexto que vivenciávamos era de um regime ditatorial, marcado por uma história de colonização religiosa, que de certa forma, apropriou-se desse momento para reforçar a sexualidade e identidades de gênero heterocentrada; utilizando estratégias para implementar a ideia de que as sexualidades desviadas eram erradas, ocasionando o sentimento de culpa, de um câncer gay como um pagamento do desvio feito aos padrões morais.

Nessa conjuntura, há relações de poder que produzem as desigualdades, indicam quais espaços podem ocupar, quais trabalhos devem exercer. É um conjunto de operações que funcionam de forma sistêmica e estrutural na sociedade aos “desiguais”. Por isso é tão importante repensar os espaços da saúde na construção de territórios sustentáveis, investidos no desenvolvimento social das pessoas que ainda são atravessadas pelas desigualdades, como as que vivem com hiv e assim, encontrar os territórios ocupados pelos SUS de forma saudável.

## 5.Considerações finais

Neste ensaio fomos levados a pensar, a partir da decolonialidade, como proporcionar no SUS a existência de territórios sustentáveis e saudáveis as pessoas soropositivas. Para isso, problematizamos dados estatísticos do Brasil, criando um panorama do que a hiv-aids representa em âmbito populacional, além de problematizarmos uma pesquisa realizada pela UNAIDS e que revela diversas situações de estigmatização e discriminação que as pessoas soropositivas vivenciam nos espaços de atendimentos de saúde.

Uma das limitações presentes nos dados utilizados pela pesquisa é a falta de acesso aos questionários com a identificação da orientação sexual das pessoas trans. A justificativa que encontramos na própria pesquisa foi de que foi necessária adaptação a outros países. Ainda sim, entendemos que poderia haver esses dados. Contudo, problematizamos e consideramos outros dados para destacar a importância dos grupos de pessoas trans e travestis nesse debate. A pesquisa em uma visão geral é forte, devido sua abrangência regional e de pessoas que participaram, possibilitando que em outras pesquisas sejam superadas estas fragilidades.

Destarte, quando analisamos os estudos sobre estigmatização e discriminação, é evidente que ainda estamos à mercê de um conhecimento colonizado pelo preconceito. Os espaços de saúde, que por regra deveriam ser de acolhimento, colaboram para que as pessoas que vivem com hiv distanciem-se de usufruir de seus direitos, aumentando assim, os números de contágios e de pessoas que morrem em decorrência da infecção.

Um saber-poder colonial existe desde os primórdios da história e tem imposto sobre as condutas de algumas vidas diferentes interpelações com a intenção de não as legitimar a viver em sociedade como humanas. Não muito diferente, a estrutura que organiza a sociedade segue moldes coloniais, colaborando com condições em que algumas vidas tenham mais valor do que outras. Isso ocorre quando nos deparamos com pesquisas (Monteiro et al., 2019; Akua et al., 2020; Quinn et al., 2021; Fernandes et al., 2022), que evidenciam situações de violência destinadas a pessoas soropositivas, em que a hiv existe para estigmatizar.

A história nos mostrou e os dias atuais revelam que o fato de termos encontrado na ciência respostas através de medicamentos para as pessoas soropositivas, e meios de prevenções para a população geral, não tem sido o suficiente para parar a epidemia preconceituosa e estigmatizante. A aids não é mais uma sentença de morte, uma pessoa que ao fazer o teste sorológico e comprovar que está com hiv, após iniciar o tratamento com os medicamentos, passa a ser uma pessoa com viremia indetectável, ou seja, não transmite o vírus.

Contudo, quando naturalizamos em nosso cotidiano o fato de pessoas soropositivas viverem em situações de vulnerabilidade e exclusão por ainda não termos encontrado uma certa “cura” para os vários preconceitos estruturais e sistêmicos, precisamos chamar a atenção à formação que não tem possibilitado a desconstrução de toda as percepções limitantes e errôneas sobre o hiv, aids e as pessoas soropositivas.

Portanto, o pensamento decolonial como uma abordagem formativa, pode possibilitar que entendamos o/a humano como diverso, o saber como múltiplo e o cosmos como um território em que todas as coletividades possam existir e não apenas sobreviver. Leva a questionar nossa percepção sobre diferença, e quão genérica, ainda são nossas relações em sociedade. Isso

essoa que alguns territórios precisam ser repensados e ressignificados. Desde a educação básica, faz-se necessário pensar as questões de hiv-aids como uma prática formativa da vida humana, e não como um terrorismo contra o sexo e a sexualidade. Do mesmo modo, a formação médica e em saúde, ao investir na formação continuada, atualizando seus saberes e questionando-os ao contrastar com as várias realidades da/os pacientes, não identificando-as/os como meros corpos produtores, clínicos ou CIDs<sup>9</sup> e sim, considerando suas vidas, sonhos e trajetórias histórico-econômico-sociais.

A formação em saúde deve estar em constante choque reflexivo com a decolonialidade. Uma formação que apenas reproduz e não é crítica, contribui para perpetuar um contingente de pessoas que não se vêem em outras pessoas. Um egocentrismo que ocasiona a náusea de ser humano, ao criar um mundo de meros estranhos para viver sob uma lógica mesquinha de relações de poder, de guerras e mortes, colapsando o mundo e tornando-o insalubre e inabitável, sem perspectivas de um futuro.

Nessa perspectiva colonialista, a formação é falha ao restringir o conhecer humano apenas em sua engrenagem biológica. As relações estigmatizantes permeadas no saber biomédico consideram a hiv e a aids locais seguros para seguir com processos de exclusão. Assim, as pessoas soropositivas são utilizadas como instrumentos colonizados de poder e produção de patologias sociais (Daniel, 1991). A decolonialidade, ao contrário, se insere como a possibilidade de fazer repensar nossas vidas, práticas de trabalho e relações em sociedade e nos perguntar: que tipo de mundo e sociedade queremos para as gerações futuras?

Combater os negacionismos, as redes de informações falsas, os fanatismos religiosos como pautas políticas e pseudo epistêmicas, podem nos ajudar a aprender com o nosso passado, repensar com presente e construir um futuro possível de um mundo pautado na legitimidade das diferenças.

O SUS é e pode avançar como ferramenta política de saúde e de resistência que precisa estar sob o devir – movimento de transformação, ao trazer a baila essas questões. As pessoas trabalhadoras do SUS são chamadas a romperem com as amarras da lógica verticalizada, fortalecendo a humanização, inclusive como política, fortalecendo os espaços de EPS, considerando outras formas de “existir” e priorizando o tratamento com equidade para todas as pessoas.

Alguns giros possíveis que este ensaio provoca são pensar como o estigma e preconceito direcionados às pessoas soropositivas são estruturais e sistêmicos. Dos vários caminhos práticos que possibilitam esses giros, um deles é proporcionar uma formação e desenvolvimento de conhecimento nos vários espaços: escolares e formativos, graduações, pós-graduações e especializações. Estar presente nestes espaços, não apenas como ilustrações, palestras ou casos clínicos, mas com um aprofundamento de vivências, além da aplicação de estudos, avaliações, apresentação de trabalhos e seminários que também são ações no intuito de realizar um processo de desconstrução e produção de conhecimento a respeito do hiv-aids e das pessoas soropositivas.

Por meio de formações que podem ser propostas pelas secretarias federais, estaduais, municipais de saúde, estendendo aos gerentes nos centros médicos e todas as pessoas que atuam, pode-se fazer uma releitura de forma

---

<sup>9</sup>Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

crítica dos materiais sobre o tema, como: Manual do cuidado cotidiano das pessoas vivendo com hiv/aids (2023); Cuidado integral às pessoas que vivem com hiv pela atenção médica – manual para a equipe multiprofissional (2017); O manejo da infecção pelo hiv na atenção básica – manual para profissionais médicos (2015); e outros. Promover a realização de cursos, e até mesmo estar presente nos editais de contratações como critérios para ingresso, participar com aprovações em cursos, como “o zero discriminação hiv aids”<sup>10</sup>.

Nesse horizonte, o pensamento decolonial nos propõe um exercício diário de desconstrução de toda uma estrutura na qual fomos e somos construídas/os. Um “Transfluir” que nos abre territórios possíveis, sejam eles na educação básica, na formação em saúde, nas vivências coletivas, ou nas atuações profissionais.

Com isso, este ensaio possibilita que outros estudos sobre o tema sejam propostos nas diversas áreas do conhecimento, na intenção de fazer com que o conhecimento seja os antiretrovirais do vírus social que é o estigma e o preconceito. Propor reflexões de base decolonial, criar sequências de ensino como exemplos possíveis a serem aplicados; estudos onde os índices de estigma e preconceito são menores e analisar os fatores que colaboram, no recorte dos espaços de saúde, entre outros, são possíveis.

E, acima de tudo em nossa formação enquanto seres humanos, que habitam um mesmo território e que nos alertam que, enquanto estiver uma pessoa sofrendo, estaremos contribuindo para um mundo desigual e de sofrimento e estaremos sempre adoecidas/os pelo individualismo que nos consome.

## Referências

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. São Paulo: Sueli Carneiro: Jandaira, 2021.

Akua O. Gyamerah, Kelly D. Taylor, Kyeremeh Atuahene, John K. Anarfi, Michelle Fletcher, Henry F. Raymond, Willi McFarland & F. Nii-Amoo Doodoo (2020) Stigma, discrimination, violence, and HIV testing among men who have sex with men in four major cities in Ghana, *AIDS Care*, 32:8, 1036-1044, DOI: 10.1080/09540121.2020.1757020. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540121.2020.1757020]. Acesso em 1 out. 2023.

BRASIL. Constituição Federativa do Brasil, Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – 2023**. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-numero-especial-dez-2023/view#:~:text= Especial%20%7C%20dez%202023-,Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20de%20HIV%2FAids%20%2D%20N%C3%BAmero%20Especial%20%7C%20dez%202023,%2C%20regi%C3%B5es%2C%20estados%20e%20capitais.]. Acesso em 21 marc. 2024.

<sup>10</sup> O curso é ofertado em formato online, pela plataforma LÚMINA, autoguiado e tem como Instituição responsável a UFRGS. O curso está disponível de forma gratuita no site: [https://lumina.ufrgs.br/].





BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus]. Acesso em 25 abril de 2023.

BENEVIDES, B; NOGUEIRA, S. **Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras** em 2020. 2021. Disponível em: [https://antrabrazil.files.wordpress.com/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf]. Acesso em 22 marc. 2024.

BERMÚDEZ, Ximena Pamela Díaz. **Trajetórias e horizontes da epidemia da hiv/aids**. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Disponível em: [https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/09.pdf]. Acesso em 25 ago. 2023.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (orgs.). *Psicologia social do racismo. Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BUTLER, Judith. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

CARVALHO, Jorge de. **Encontro de saberes e descolonização: para uma refundação étnica, racial e epistêmica das universidades brasileiras**. IN: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. *Decoloniedade e pensamento afrodiaspórico*, orgs. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

COLLINS, Patricia Hill. **Epistemologia feminista negra**. IN: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGOUEL, Ramón. *Decoloniedade e pensamento afrodiaspórico*, orgs. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

CORREIO BRAZILIENSE. **PF afirma que Bolsonaro incitou crime ao relacionar vacina e Aids**, 2022. Disponível em: [https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/08/5030100-pf-afirma-que-bolsonaro-incitou-crime-ao-relacionar-vacina-e-aids.html]. Acesso em 21 marc. 2024.

DANIEL, H. **Anotações a margem do viver com AIDS**. São Paulo: Hucitec, 1991.

Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022 / Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais); ABGLT (Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos). – Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT, 2023.

FERNANDES, Renata Alves César. FILHO, Evandro Alves Barbosa. VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Mulheres que vivem com HIV/Aids: narrativas sobre violências em forma de cotidiano. **O Social em Questão** - Ano XXV, nº 52, P. 253-274, jan. a abr. 2022. Disponível em: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/56387/56387.PDF]. Acesso em 15 set. 2023.

FERNANDES, T. M. (2023). EPISTEMOLOGIA DECOLONIAL E SEUS DESDOBRAMENTOS: DESAFIOS E POSSIBILIDADES NO ENSINO. **Revista Em Favor De Igualdade Racial**, 6(3), 161–174. https://doi.org/10.29327/269579.6.3-12.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Programa Institucional Territórios Sustentáveis e Saudáveis** – PITSS, 2019. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/programa/programa-institucional-de-territorios-sustentaveis-e-saudaveis#:~:text=O%20Programa%20Institucional%20Territ%C3%B3rios%20Sustent%C3%A1veis,socioambiental%20da%20sa%C3%BAde%20e%20a]. Acesso em 15 jul. 2023.

GNP+ et al. **Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS no BRASIL**, 2019. Disponível em: < https://www.stigmaindex.org/country-reports/#/m/BR>. Acesso dia 28 set. 2023.

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. Org. **Dicionário de termos médicos e de enfermagem**. 1ª ed. São Paulo: Rideel, 2002.

Krenak, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das letras; 2020.

MENDES, M. J. G. . .; COSTA, M. da P. R. da; DENARI, F. E. Preconceito, discriminação e estigma contra pessoas com deficiência: uma revisão sistemática de literatura. **Revista Eletrônica de Educação**, [S. l.], v. 16, p. e4825027, 2022. DOI: 10.14244/198271994825. Disponível em: https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/4825. Acesso em: 13 out. 2023.

MIGNOLO, Walter. Desafios decoloniais hoje, **Rev. Epistemologias Do Sul**, Foz Do Iguaçu/PR, 1(1), PP. 12-32, 2017. Disponível em: [<https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/download/772/645/2646<]. Acesso em 20 set. 2023.

MIRANDA, Jorge Hilton de Assis. **O conceito de branquitude**: reflexões para o campo de estudo. In: MÜLLER, Tânia M. P.; CARDOSO, Lourenço (Orgs.). **Branquitude. Estudos sobre a identidade branca no Brasil**. Curitiba, PR: Appris, 2017.

MONTEIRO, Simone. VILLELA, Wilza. **Estigma, pânico moral e violência estrutural**:o caso da Aids. Seminário de Capacitação em HIV:Aprimorando o Debate III. Rio de Janeiro, 2019, p. 1-19. Disponível em: [https://abiids.org.br/wp-content/uploads/2019/06/publicacao-simone-wilza-20190625.pdf]. Acesso em 10 out. 2023.

NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**, 2015. Disponível em: [<https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>]. Acesso em 3 jul. 2023.

OLIVEIRA, M. R. G. de. A cobaia agora é você! Cisgeneridade branca, como conceito e categoria de análise, nos estudos produzidos por travestis e mulheres transexuais. **Caderno Espaço Feminino**, 36(1), 157–178, 2023. Disponível em: [<https://doi.org/10.14393/CEF-v36n1-2023-9>]. Acesso em 25 marc. 2024.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, discriminação e aids**. Associação brasileira interdisciplinar de aids, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: [https://lumina.ufrgs.br/pluginfile.php/1013924/mod\_page/content/16/Cole%C3%A7%C3%A3o-ABIA-%E2%80%93-Cidadania-e-Direitos-N%C2%BA-1-%E2%80%93-Estigma-Discrimina%C3%A7%C3%A3o-e-AIDS-2001.pdf]. Acesso em 25 set. de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que É o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.



QUINN, Katterini. G. SPECTOR, Antoinette. TAKAHASHI, Lois. VOISIN, Dexter. Conceptualizing the Effects of Continuous Traumatic Violence on HIV/Continuum of Care Outcomes for Young Black Men Who Have Sex with Men in the United States. **Springer, AIDS and Behavior** (2021) 25:758–772. Disponível em: [https://idp.springer.com/authorize/casa?redirect\_uri=https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-03040-8&casa\_token=LIO88qNfTBMAAAAAA:KASCcT9V1Rt5cLYCeronXjNiPH5JH50vnG94ixhPQGBw-xJmz7REt3eXBUd2rtsLj0qJ6BsBcF6RCFCsPpA]. Acesso em 13 out. 2023.

REIS, R. dos S. SANTOS, D. A. do N. dos. Desfazendo Mitos Sobre Sexualidade E Pessoas Com Deficiências: Uma Experiência Formativa. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 14, n. 42, p. 105–124, 2023. Disponível em: [https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/1464]. Acesso em: 6 jul. 2023.

Reis, Rafael dos Santos. **Pessoas de sexualidades e identidade de gênero desviantes no CEEJA.**: um olhar para a escola de ensino regular frente às experiências de Homofobias 2020, 205 f. Dissertação em Educação – Universidade Estadual de Maringá - Maringá, PR, 2020.

RIBEIRO, Djamila. **O que é lugar de fala?** Belo Horizonte: Justificando, 2017.

ROCHA, Marcella Diana Helfenstein Albeirice da. História Social Da Aids No Mundo: A Vulnerabilidade Dos Sujeitos. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v.9, n.1, Pub.8, p. 1-5, Fev. 2016.

SANTOS, Antônio Bispo dos. **As fronteiras do saber orgânico e o saber sintético.** IN: OLIVEIRA, Anderson Ribeiro e col. Tecendo redes antirracistas. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

Silva, Renata de Souza; Nunes, Nilza Rogéria de Andrade. **Direito à Saúde Para Quem? Experiências de Mulheres Trans e Travestis Negras no Acesso aos Serviços.** Rio de Janeiro, 2022. 107p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

SIMPSON, Keila; BRASIL. Transexualidade e travestilidade na saúde. Transexualidade e travestilidade na saúde. IN: Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.** – Brasília :Ministério da Saúde, 2015. 194 p.: il.

TORRES-MALDONADO, Nelson. **Análítica da colonialidade e da decolonialidade:** algumas dimensões básicas. IN: BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson; GROSGUÉL, Ramón. Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico, orgs. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

UNAIDS. **Descriminalizar salva vidas**, 2023. Disponível em: [<https://unaid.org.br/2023/03/acabar-com-a-aids-ate-2030-passa-pela-zero-discriminacao-e-pelo-fim-das-desigualdades/>]. Acesso em 5 jul. 2023.



UNAIDS. **Estratégia global para AIDS 2021-2026**, 2021. Disponível em: [[https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2022/06/2022\\_NovaEstrategia\\_SumarioExecutivo\\_PT\\_V3.pdf](https://unaid.org.br/wpcontent/uploads/2022/06/2022_NovaEstrategia_SumarioExecutivo_PT_V3.pdf)]. Acesso em 5 de jul. 2023.

UNAIDS Brasil. **Estatísticas**, 2022. Disponível em: <<https://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso dia 28 ago. 2023.

UNAIDS. **Relatório global 2023**. Disponível em: [<https://brasil.un.org/pt-br/239513-novo-relat%C3%B3rio-do-unaid-mostra-que-pandemia-de-aids-pode-acabar-at%C3%A9-2030-e-descreve-caminho>]. Acesso em 21 marc. 2024.

