



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO
SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA
NÍVEL MESTRADO

HIV NÃO TEM IDADE: vulnerabilidades associadas à vida sexual
na velhice em Manaus – AM

Mestranda: Sthefane Monteiro Pereira

Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)

Orientadora: Profa. Dra. Alice Alves Menezes Ponce de Leão

MANAUS

2025

STHEFANE MONTEIRO PEREIRA

HIV NÃO TEM IDADE: vulnerabilidades associadas à vida sexual
na velhice em Manaus – AM.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, sob orientação da professora doutora Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Linha de pesquisa: Questão social, direitos humanos e sustentabilidade.

Orientadora: Prof.^a. Dr^a. Alice Alves Menezes Ponce de Leão

Linha de Pesquisa: Questão Social, Direitos Humanos e Sustentabilidade

MANAUS

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P436h Pereira, Sthefane Monteiro
HIV não tem idade: vulnerabilidades associadas à vida sexual na velhice em Manaus – AM / Sthefane Monteiro Pereira. - 2025.
150 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Alice Alves Menezes Ponce de Leão.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Manaus, 2025.

1. Velhice. 2. Sexualidade. 3. HIV. 4. Gênero. 5. Política Pública . I. Leão, Alice Alves Menezes Ponce de. II. Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título

STHEFANE MONTEIRO PEREIRA

HIV NÃO TEM IDADE: vulnerabilidades associadas à vida sexual
na velhice em Manaus – AM.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e
Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal
do Amazonas, sob orientação da Professora Doutora
Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Linha de pesquisa:
Questão social, direitos humanos e sustentabilidade.

Aprovada em 30 de outubro de 2025

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Alice Alves Menezes Ponce de Leão – Presidente

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia –
PPGSS/UFAM

Profa. Dra. Valmiene Florindo Farias Sousa – Membro Interno

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia –
PPGSS/UFAM

Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi – Membro Externo

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica – Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul – PUC/RS

Profa. Dra. Lidiany de Lima Cavalcante – Membro Suplente

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia –
PPGSS/UFAM

Prof. Dr. Elton Santa Brígida do Rozário – Membro Suplente

Universidade Federal do Amazonas (UFAM) – Departamento de Serviço Social

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Francinete e Edimar, por me terem concedido não somente a vida, mas também a base sobre a qual se ergue este trabalho.

Agradeço ao meu companheiro, Arthur, que acompanhou de perto cada dificuldade e celebrou cada avanço, oferecendo amor e suporte inestimáveis.

Agradeço à minha orientadora, Professora Alice, que desde o primeiro diálogo se tornou um norte de admiração, cujos ensinamentos se eternizam em cada página desta pesquisa.

A todos da minha família que genuinamente vibram cada conquista minha.

Aos meus amigos, que forneceram refúgio e motivação para a conclusão deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado, pela troca de saberes e pela cumplicidade que tornaram essa jornada mais rica e inspiradora.

À comunidade do PPGSS/UFAM, onde cada integrante é peça fundamental para a produção de conhecimento rigoroso e transformador.

À Fundação de Medicina Tropical, especialmente aos profissionais da Gerência de Infectologia, pelo acolhimento e por viabilizarem minha pesquisa de campo.

A todos os entrevistados, pela generosidade ímpar em compartilhar suas narrativas, primordiais para o sustento deste estudo.

À banca examinadora, Professora Valmiene e Professor Jairo, pela gentileza das contribuições na ocasião do Exame de Qualificação, que em muito enobreceram este trabalho.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio financeiro que permitiu a condução desta pesquisa.

Por fim, à Universidade Federal do Amazonas (UFAM), instituição da qual me orgulho em ser integrante desde a graduação e que personifica a excelência acadêmica, científica e o compromisso social na região amazônica.

RESUMO

O título desta pesquisa é “HIV não tem idade: vulnerabilidades associadas à vida sexual entre pessoas idosas em Manaus e Amazonas”. A problemática que a orienta emerge da invisibilidade da sexualidade na velhice e da negligência das políticas públicas em reconhecer as especificidades desse grupo frente ao HIV. A questão central que a norteia é: quais vulnerabilidades, no âmbito da política de saúde e das relações de gênero e sexualidade construídas ao longo da trajetória de vida, contribuem para expor pessoas idosas em Manaus – AM à contaminação pelo HIV na velhice? Diante disso, delineou-se como Objetivo Geral: Investigar as vulnerabilidades associadas à infecção do HIV de pessoas idosas, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT - HVD), em Manaus – AM, no que tange aos aspectos da política de saúde quanto aos aspectos relacionados às relações de gênero e sexualidade. Os objetivos específicos foram: (I) Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas, identificando as vulnerabilidades sociais que as tornaram suscetíveis a infecção pelo vírus HIV; (II) Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV e (III) Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura. Metodologicamente, a pesquisa ancora-se no materialismo histórico-dialético, que possibilita apreender contradições sociais e compreender como a velhice, em contexto capitalista, é marcada pelo estigma e pela marginalização, articulando-se com relações de gênero que igualmente estruturam vulnerabilidades. Trata-se de uma investigação explicativa, com abordagem qualitativa predominante e complementada por dados quantitativos, desenvolvida a partir de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Os sujeitos foram: 10 pessoas idosas diagnosticadas com HIV após os 60 anos (5 homens e 5 mulheres), 5 profissionais de saúde da FMT-HVD (médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a), assistente social), 1 representante da Coordenação Estadual de IST/HIV/Aids/HV e TB. Os resultados apontam que as relações e aprendizagens sociais de gênero conformam vulnerabilidades específicas entre homens e mulheres idosos. O tabu em torno da sexualidade, especialmente na velhice, desemboca no apagamento das vivências sexuais singulares de pessoas idosas, recorrentemente desconsideradas nas práticas de cuidado e nas políticas públicas, resultando em atendimento tardio, ausência de campanhas direcionadas, precariedade da educação sexual, cristalizando, assim, um ambiente negligente para com a saúde sexual da população idosa.

Palavras-chave: Velhice; Sexualidade; HIV; Gênero; Política Pública; Saúde.

ABSTRACT

The title of this research is HIV Has No Age: Vulnerabilities Associated with Sexual Life among Older Adults in Manaus and Amazonas. The issue guiding this study arises from the invisibility of sexuality in old age and the neglect of public policies in addressing the specificities of this group in relation to HIV. The central research question is: which vulnerabilities, within health policies and in the configuration of gender relations and sexuality shaped throughout life, contribute to exposing older adults in Manaus – AM to HIV infection in old age? The general objective was to investigate the vulnerabilities associated with HIV infection among older adults assisted by the Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), focusing on both health policy aspects and those related to gender relations and sexuality. The specific objectives were: (I) to outline the social and demographic reality of older adults living with HIV in Brazil, with emphasis on Amazonas, identifying social vulnerabilities that increased susceptibility to HIV infection; (II) to examine how gender relations constructed throughout life influence the sexual experiences of older men and women in Manaus, contributing to their vulnerability to HIV; and (III) to analyze the expressions of sexuality of older adults living with HIV and assisted by FMT-HVD in Manaus, highlighting the extent to which health policies have promoted a sexually safe old age. Methodologically, the study is grounded in historical-dialectical materialism, which enables the analysis of social contradictions and reveals how old age, in a capitalist context, is stigmatized and marginalized, intersecting with gender relations that structure risk practices. This is an explanatory research with a predominantly qualitative approach, complemented by quantitative data, and developed through bibliographic, documentary, and field research. The fieldwork included 10 older adults diagnosed with HIV after the age of 60 (5 men and 5 women), 5 health professionals from FMT-HVD (physician, nurse, psychologist, social worker), 1 representative of the State Coordination of STIs/HIV/Aids in Amazonas, and 1 member of the civil society Forum OSC/IST/HIV/Aids/HV and TB. The results indicate that social gender relations and learning shape specific vulnerabilities among elderly men and women. The taboo surrounding sexuality, especially in old age, leads to the erasure of the unique sexual experiences of elderly people, frequently disregarded in care practices and public policies, resulting in late care, absence of targeted campaigns, precarious sexual education, thus crystallizing a negligent environment towards the sexual health of the elderly population.

Keywords: Old age; Sexuality; HIV; Gender; Public Policy; Health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARDAM – Associação de Redução de Danos do Amazonas

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CNAIDS – Comissão Nacional de AIDS

FMT-HVD – Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado

FUAM – Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta

FVS-RCP – Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS

GIV – Grupo de Incentivo à Vida

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

SES-AM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

TARV – Terapia Antirretroviral

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Jornal do Brasil – “Peste-Gay já apavora São Paulo”.....	19
Figura 2 – Jornal Luta Democrática – “Aids é castigo de Deus, porque bicha é uma raça desgraçada.”.....	20
Figura 3 – Jornal A Crítica - “Dois casos confirmados – AIDS chega a Manaus”.	27
Figura 4 – Jornal do Comércio – “Ônibus entrou na casa humilde e foi apanhar velhinha de 42 anos”.....	35
Figura 5 – Revista Veja – “Cazuza: Uma vítima da Aids agoniza em praça pública”.	84
Figura 6 – Colagem de imagens de campanhas sobre HIV voltadas para pessoas idosas.	112
Figura 7 – Colagem da campanha do Ministério da Saúde para pessoas idosas no Carnaval	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de infecção pelo HIV entre a população idosa no Brasil e no Amazonas nos últimos cinco anos (2019 - 2023)	38
Tabela 2 - Perfil das mulheres idosas entrevistadas	46
Tabela 3 - Perfil dos homens idosos entrevistados	50

LISTA DE CODINOMES DOS ENTREVISTADOS

PESSOAS IDOSAS VIVENDO COM HIV (NOMES DA FAUNA AMAZÔNICA)

Arara 70 anos, mulher parda, heterossexual
Boto, 70 anos, homem pardo, homossexual
Garça, 70 anos, mulher parda, heterossexual
Harpia, 70 anos, mulher parda, heterossexual
Jacaré, 64 anos, homem pardo, heterossexual
Libélula, 65 anos, mulher parda, heterossexual
Onça-pintada, 68 anos, mulher parda, heterossexual
Peixe-boi, 68 anos, homem pardo, heterossexual
Tamanduá, 74 anos, homem pardo, bissexual
Tucano, 68 anos, homem pardo, heterossexual

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL – DOUTOR HEITOR VIEIRA DOURADO (NOMES DE FRUTOS AMAZÔNICOS)

Pupunha, médico(a)
Açaí, enfermeiro(a)
Bacaba, assistente social
Castanha, psicólogo(a)

REPRESENTANTE DA COORDENAÇÃO DE PROGRAMA PÚBLICO VOLTADO PARA O HIV/AIDS (NOME DE RIO AMAZÔNICO)

Rio Solimões, Coordenação do Programa Estadual de HIV/AIDS e ISTs do Amazonas

REPRESENTANTE DO MOVIMENTO SOCIAL (NOME DE RIO AMAZÔNICO)

Rio Negro, Presidente do Fórum Amazonas de OSC/IST/HIV/AIDS/HV e TB

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE SIGLAS	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE CODINOMES DOS ENTREVISTADOS	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – O RETRATO SOCIAL DO HIV NA VELHICE NO BRASIL E NA CIDADE DE MANAUS – AMAZONAS	16
1.1 O contexto histórico do HIV/AIDS no mundo e no Brasil	16
1.2 Panorama do HIV na cidade de Manaus – Amazonas	26
1.3 O HIV na velhice: O que está por trás desse problema de saúde pública?	34
CAPÍTULO 2 – RELAÇÕES DE GÊNERO E O HIV/AIDS NA VELHICE	44
2.1 Gênero e Velhice: Transformações e dinâmicas	44
2.2 Atravessamentos genderizados no aprendizado da sexualidade de homens e mulheres	55
2.3 A sexualidade “fora da curva” das pessoas idosas	71
CAPÍTULO 3 – VIVENDO COM HIV NA VELHICE NA CIDADE DE MANAUS – AM	80
3.1 O impacto do diagnóstico do HIV na velhice na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM	80
3.2 O vírus não mata o desejo: As vivências afetivo-sexuais de pessoas idosas vivendo com HIV em Manaus – AM	98
3.3 O HIV na velhice em Manaus - AM: problemáticas e enfrentamentos no âmbito da política de saúde	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	131
ANEXOS	142

INTRODUÇÃO

Este estudo assume o propósito de analisar as vulnerabilidades que incidem na dinâmica de infecção do HIV entre as pessoas idosas, com foco na realidade da cidade de Manaus, Amazonas. A urgência do tema decorre do aumento na notificação de casos nessa faixa etária, uma situação que se reflete em nível nacional, onde o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023) registrou 7.595 novos casos em pessoas com mais de 60 anos entre 2019 e 2023, chegando a 1.951 notificações somente em 2022.

Especificamente no estado do Amazonas, os dados da Fundação de Vigilância em Saúde (FVS-RCP, 2024) corroboram essa tendência, indicando um aumento expressivo de 401 casos notificados na população idosa no último quinquênio (2019 a 2023), saltando de 58 casos em 2019 para 84 em 2023.

Apesar de ter como princípio a atenção integral, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) não apresenta diretrizes claras em relação à saúde sexual e prevenção de ISTs/HIV na velhice, o que acaba por tornar essa dimensão da saúde pouco considerada na prática. Diante dessa falta de programação, as ações de prevenção se limitam a campanhas dispersas e sazonais, como as do Carnaval e Dezembro Vermelho, que não têm como alvo a população idosa, reproduzindo o mito da assexualidade na velhice. No contexto amazônico, a negligência é intensificada por obstáculos regionais, como a interiorização e as barreiras de acesso aos serviços de saúde, o que agrava, de maneira particular, a vulnerabilidade desse grupo à infecção pelo HIV em Manaus e no estado do Amazonas.

Esta pesquisa, portanto, se orienta por uma perspectiva crítica e integral, que vai além do enfoque biomédico e se recusa a reduzir a pessoa idosa a um mero receptáculo de risco, buscando compreender como trajetórias de gênero e aprendizagens sociais conformam práticas produtoras de vulnerabilidades, definidas como a incapacidade de indivíduos ou grupos acessarem recursos essenciais para a proteção, aumentando sua suscetibilidade e dificuldade em lidar com adversidades (Zanello, 2022; Pizarro, 2001).

Destaca-se, outrossim, a necessidade de examinar os fatores estruturais que perpetuam essa problemática, como: a lacuna de políticas públicas intersetoriais; a precariedade crônica da educação sexual ao longo da vida; o estigma social sobre a sexualidade na velhice; a ineficiência dos mecanismos institucionais de proteção e a invisibilização do tema no debate público e na agenda sanitária (Valeri, 2023; Ponce de Leão, 2018).

A aproximação com a temática do HIV surgiu, inicialmente, durante o período de estágio supervisionado, realizado na Fundação de Medicina Tropical - Doutor Heitor Vieira

Dourado (FMT-HVD) entre os anos de 2020 há 2022, em Manaus, que resultou na produção do Trabalho de Conclusão de Curso sobre o tema do estigma vivenciado por mulheres com diagnóstico de HIV em Manaus. No Mestrado, sob orientação, o foco foi redirecionado para as pessoas idosas vivendo com HIV, por ser uma temática pouco abordada e envolta em tabus.

Diante disso, este estudo tem como **Objetivo Geral:** Investigar as vulnerabilidades associadas à infecção do HIV de pessoas idosas, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT - HVD), em Manaus – AM, no que tange aos aspectos da política de saúde quanto aos aspectos relacionados às relações de gênero e sexualidade. Para o alcance deste objetivo, traçamos três percursos interligados que qualificamos como **objetivos específicos**, a saber: (I) Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas, identificando as vulnerabilidades sociais que as tornaram suscetíveis a infecção pelo HIV; (II) Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV e (III) Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura.

A Metodologia desta Pesquisa se orienta a partir do método do materialismo histórico-dialético, que permite desvelar contradições sociais e entender como a velhice é estigmatizada em contextos capitalistas, além de ser constituída por singularidades relacionadas às relações de gênero, que estabelecem determinadas vulnerabilidades (Paulo Netto, 2011). Trata-se de uma pesquisa explicativa, com abordagem qualitativa predominante e suporte de dados quantitativos, fundamentada em pesquisa bibliográfica, documental e de campo.

O trabalho de campo foi realizado na FMT-HVD e envolveu a participação de cinco homens e cinco mulheres diagnosticados com HIV a partir dos 60 anos; cinco profissionais de saúde (médico(a), enfermeiro(a), psicólogo(a) e assistente social); um representante da Coordenação do Programa Estadual de HIV/Aids e ISTs do Amazonas; e um representante do movimento social Fórum Amazonas OSC/IST/HIV/Aids/HV e TB, vinculado à Associação de Redução de Riscos do Amazonas (ARDAM). As entrevistas, presenciais, foram realizadas mediante assinatura do TCLE, gravadas, transcritas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

A pesquisa foi aprovada na Plataforma Brasil sob o registro CAAE n. 84353024.0.0000.5020. Para assegurar o sigilo e preservar a identidade dos participantes, foram utilizados codinomes relacionados ao universo amazônico. As pessoas idosas foram

representadas por nomes de animais típicos da fauna; os profissionais de saúde, por nomes de frutos regionais e os representantes institucionais e do movimento social, por denominações inspiradas nos rios Negro e Solimões, cujo encontro das águas constitui marco paisagístico e cultural da cidade de Manaus.

A dissertação divide-se em três capítulos articulados. O **Capítulo 1**, intitulado “**O retrato social do HIV na velhice no Brasil e na cidade de Manaus – Amazonas**” traça a trajetória histórica global e nacional da epidemia de HIV/Aids, destacando seus desdobramentos sociopolíticos. Insere-se aí a realidade manauara, onde dados epidemiológicos revelam particularidades que tensionam a dinâmica da epidemia no Amazonas, culminando numa crítica à negligência do HIV na velhice como questão de saúde pública.

O **Capítulo 2**, intitulado “**Relações de gênero e sexualidade na velhice**”, examina a interface entre gênero, sexualidade e envelhecimento, partindo da dimensão histórica do aprendizado sexual para analisar como a velhice reconfigura essas experiências, tanto subjetiva quanto socialmente, explorando ainda trajetórias que transcendem a norma e desestabilizam convenções sobre desejo, corpo e afeto.

O **Capítulo 3**, intitulado “**Vivendo com HIV na velhice na cidade de Manaus – AM**”, volta-se às experiências concretas de pessoas idosas vivendo com HIV no contexto manauara. O capítulo articula dimensões subjetivas, sociais e institucionais, explicitando tanto as vulnerabilidades persistentes quanto as resistências que emergem desse cenário.

Assim, essa presente pesquisa justifica-se por sua relevância científica, acadêmica e social ao lançar luz sobre a invisibilidade das pessoas idosas frente ao HIV/Aids e demais ISTs. Trata-se de uma contribuição que ultrapassa os limites da produção acadêmica, ao colaborar para a formulação e reorientação de políticas públicas sensíveis às especificidades da velhice, reconhecendo-a para além de estigmas e silenciamentos. Ao desnudar o desejo e a reinvenção da sexualidade como dimensões constitutivas da experiência de envelhecer, este estudo rompe com concepções reducionistas que relegam a velhice a um lugar de assexualidade.

A problemática aqui abordada não se restringe a um grupo social específico, pois constitui um horizonte possível a todos, uma vez que o envelhecimento é uma realidade universal. Pensar o HIV e a sexualidade na velhice como objeto de reflexão crítica é um exercício de responsabilidade coletiva, que deve mobilizar sociedade civil, Estado e produção acadêmica na defesa de direitos integrais e na construção de condições de vida humanamente dignas para todos em todas as fases da vida.

CAPÍTULO 1 – O RETRATO SOCIAL DO HIV NA VELHICE NO BRASIL E NA CIDADE DE MANAUS – AMAZONAS

No cenário brasileiro contemporâneo, a dinâmica de infecção pelo HIV reflete importantes transformações, como o avanço da epidemia entre aqueles que a sociedade imaginava, e ainda imagina, estarem alheios a essa problemática: as pessoas idosas. Para compreender essa realidade relativamente recente, é pertinente fazer o resgate histórico que a epidemia de HIV e AIDS trouxe ao mundo, e no âmbito desta pesquisa, ao Brasil e ao estado do Amazonas, entendendo sua dinâmica como uma expressão da questão social que precisa da historicidade para assimilar o presente.

Em especial à ambientação do problema no contexto manauara e amazonense, se enfatiza as particularidades culturais e sociais da região, reconhecendo, dessa forma, a complexidade da questão do HIV na população idosa em Manaus (AM), que possui determinantes subjetivos que inferem no panorama de infecção. Assim, este capítulo lança luz sobre o retrato social do HIV na velhice, abraçando seu caráter multifacetado.

1.1 O contexto histórico do HIV/AIDS no mundo e no Brasil

Conforme informações do documento "HIV e Aids: O que é?", de 2022, do Departamento de HIV/Aids, Tuberculoses, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), o HIV, sigla em inglês que, traduzida, significa Vírus da Imunodeficiência Humana, é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que ocorre predominantemente por relações sexuais desprotegidas, mas também pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou da mãe para o filho durante a gestação, parto ou amamentação.

O vírus é responsável pelo surgimento da AIDS, sigla também em inglês que se traduz como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, condição na qual o sistema imunológico fica severamente debilitado, tornando o organismo vulnerável a doenças oportunistas. Ressalta-se, porém, que nem toda pessoa que vive com HIV desenvolve ou vive com a AIDS. Com a Terapia Antirretroviral (TARV), por exemplo, é possível atingir uma carga viral indetectável, estado em que não há transmissão do vírus e, conseqüentemente, a progressão para a AIDS é evitada. Assim, a síndrome manifesta-se apenas quando a infecção pelo HIV é generalizada e não é tratada, resultando no grave comprometimento imunológico que pode levar a infecções

como tuberculose e pneumonias, ou a certos tipos de câncer (BRASIL, 2022).

Surgida no início da década de 1980, a epidemia da AIDS, por advir de uma infecção sexualmente transmissível, impôs desafios particulares ao tangenciar aspectos sensíveis da existência humana, como a morte, sexualidade e o preconceito. Sua alta letalidade inicial colocou a finitude da vida em pauta, mas provocou, acima de tudo, um reexame da sexualidade, somado ao medo do desconhecido que reverberou no intenso estigma e discriminação direcionados contra as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (Greco, 2008).

Apesar das expectativas de controle das doenças infecciosas surgidas no final do século XX, a AIDS escancarou a dificuldade de implementar medidas preventivas eficazes, esbarrando em obstáculos como desinformação, escassez de recursos, acesso restrito a tratamentos e da complexidade do desenvolvimento de vacinas. Em contrapartida, houve o surgimento de movimentos globais de conscientização que, ao exigirem acesso à informação, investimento em pesquisa e medicamentos, resultaram em importantes avanços como a melhoria do cenário epidemiológico e a ampliação do acesso global à prevenção e ao tratamento (Greco, 2008).

Segundo Parker e Aggleton (2021), a AIDS se consagrou como uma preocupação global no ano de 1981, após a identificação da então misteriosa doença nos Estados Unidos, o logo que despertou a atenção internacional para seus riscos e impactos. No Brasil, os primeiros registros datam de 1980, com o registro do primeiro caso e óbito, sendo um homem jovem e homossexual, da cidade de São Paulo, mas que só foi notificado oficialmente às autoridades de saúde brasileiras e se tornou público em 1982, momento em que passou a suscitar crescente alerta na população.

O surgimento dos primeiros casos de AIDS no Brasil coincidiu com o processo de transição e abertura democrática das instituições políticas, após duas décadas de supressão de direitos civis durante a ditadura civil-militar, que foi marcada por um legado de controle e restrição à liberdade de expressão, o que, inevitavelmente, foi determinante para forjar a percepção social e a resposta inicial à epidemia no país (Couto, 2009).

Daniel e Parker (1991) detalham que, logo após a irrupção do vírus, veiculou-se na mídia um discurso de origem biomédica que legitimou a doença como um “câncer/peste gay”, recorrendo à designação “GRID” (Imunodeficiência Relacionada a Gays), que, diante dos casos iniciais estarem concentrados em homens homossexuais, se criou a falsa crença de que a enfermidade restringia-se a esse grupo, fomentando represálias por segmentos sociais conservadores, notadamente aqueles que se alinhavam a padrões legitimados pela sociedade, como famílias tradicionais, heterossexuais e de classe média/alta.

A reflexão de Foucault (1988) acerca da produção discursiva sobre sexualidade ilumina o modo como a medicina, ao invés de ter buscado compreender a diversidade sexual, historicamente patologizou sexualidades não normativas, criando narrativas que a associavam à degeneração e ao adoecimento, demonstrando como a sua influência pode atuar na normatização social dos corpos e desejos. Logo, se entende que a definição do que é “normal” e “desviante” é, na verdade, uma questão de poder e controle.

Foi o que ocorreu na conjunção entre HIV/AIDS e homossexualidade, um encontro que se difundiu no cenário inicial da epidemia, marcando uma mudança na percepção da saúde sexual e na compreensão da própria identidade. A homossexualidade se tornou foco de atenção e preconceito, validada pelo campo biomédico, associada erroneamente à transmissão do vírus e da doença, como refere Daniel (2018, p. 41):

Assim, a homossexualidade deixou de ser vista pela medicina como doença, mas passou a ser considerada sutilmente como fonte de doenças: de patologia passou a ser considerada condição patogênica. Mudança indicativa de uma feroz batalha ideológica, onde a medicalização da sexualidade é parte de uma sombria estratégia. O discurso médico, com suas definições generalizantes que tomavam ares de certezas definitivas, tropeçou nos tabus e produziu sobre a doença a ideia de que se tratava de uma fatalidade ou de um mistério fatal. [...] Por não saber fazer outra coisa senão mapear a sexualidade, a medicina nada compreende das homossexualidades e só jogou lenha na fogueira dos preconceitos. A contagiosidade da doença, expressa na ambiguidade da palavra “adquirida”, contaminou-se, enquanto conceito, com os tabus que envolvem a homossexualidade e fizeram da doença um escândalo, um pavor e uma fascinação. Por não poder, por princípio ideológico, admitir a morte, a medicina inventou uma incurabilidade fundamental da doença: sua incompetência tornou-se um destino próprio da doença, como se houvesse na incurabilidade da Aids uma espécie de caráter sagrado, cheio de segundas intenções.

A citação ressalta a transformação da AIDS em uma doença estigmatizada, sendo interpretada como uma forma de punição direcionada aos homossexuais. Sob a perspectiva de Goffman (2004) sobre o estigma, a AIDS se instituiu como uma marca socialmente construída, atribuída a características percebidas como diferentes, indesejáveis ou desviantes pela sociedade, como a orientação sexual ou comportamentos sexuais considerados não normativos, desqualificando não apenas os indivíduos afetados pela doença, mas também todo o grupo associado a ela, neste caso, a comunidade homossexual.

A matéria intitulada "Peste-Gay já apavora São Paulo", publicada pelo *Jornal do Brasil* em 1983, refletiu a atmosfera sensacionalista e preconceituosa que caracterizava a cobertura midiática no início da epidemia de HIV/AIDS no Brasil. O título em letras maiúsculas, com destaque para "PESTE-GAY", trouxe à tona o estigma e a homofobia arraigados na sociedade daquele período. Vejamos:

Figura 1 - Jornal do Brasil – “Peste-Gay já apavora São Paulo”.



Fonte: Jornal do Brasil, 1983.

O teor da matéria provavelmente também seguiu uma narrativa problemática, como atesta seu título, que explorou sensacionalisticamente o pavor social revestido de preconceito. Essa abordagem, ao mesmo tempo que alimentou um clima de terror junto à comunidade homossexual, já abalada pelas primeiras mortes por AIDS no país, favoreceu a disseminação de desinformação.

Durante a década de 1980, a maior concentração dos casos notificados de AIDS estava na região sudeste do Brasil, principalmente nas grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, e tendo como público principal atingido os homens homossexuais/bissexuais, de classe média e alta, mas também pessoas com hemofilia¹ ou que haviam recebido transfusões de sangue (Perlongher, 1986).

As pessoas afetadas pela doença foram segregadas em duas categorias distintas: os "culpados" e as "vítimas". As vítimas eram as mulheres, crianças, pessoas idosas e heterossexuais. Por outro lado, inicialmente circunscrito à comunidade homossexual, a condição de “culpado” logo se estendeu aos usuários de drogas injetáveis e às profissionais do sexo, cujos comportamentos sexuais considerados desviantes e patológicos trouxeram-lhes a responsabilidade pela própria infecção (Couto, 2009).

Assim, com o avanço da infecção para outros segmentos também marginalizados da população, o documento “História da Aids – 1982”, publicado pelo Ministério da Saúde

¹ Hemofilia é um distúrbio genético raro que afeta a capacidade do sangue de coagular adequadamente, necessitando muitas vezes de transfusão sanguínea (FIOCRUZ, 2024).

(BRASIL, 2022), refere que se passou a adotar mundo a fora a terminologia "Doença dos 5H" para se referir ao HIV e à AIDS, associando a epidemia não mais apenas aos homossexuais, mas também aos hemofílicos (pessoas com hemofilia) haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e profissionais do sexo (referidos como "hookers" em inglês).

A vinculação do HIV e da AIDS à homossexualidade e, posteriormente, a outros segmentos estigmatizados da população, deixou uma marca indelével na trajetória da epidemia, gerando uma carga pejorativa de natureza predominantemente social, relegando os percalços da doença a um plano quase secundário na vida daqueles que recebiam o diagnóstico positivo, pois o sofrimento advindo das represálias sociais conseguia ser mais agressivo que o próprio vírus (Parker; Aggleton, 2021).

Um exemplo desse cenário desumano pode ser observado nas diversas matérias jornalísticas que continham uma abordagem considerada criminosa por incitar discursos de ódio fundamentados na homofobia. Ao disseminar mensagens estigmatizantes, os jornais contribuíam para a criação de um ambiente socialmente hostil e violento. A imagem abaixo é uma representação visual, e também um lembrete de alerta, desse contexto problemático:

Figura 2 – Jornal Luta Democrática – “Aids é castigo de Deus, porque bicha é uma raça desgraçada.”



Fonte: Jornal Luta Democrática, 1983.

A assertiva "Aids é castigo de Deus porque bicha é uma raça desgraçada" explicita a fundamentação moralista que norteou a percepção social da AIDS. O termo "bicha", de conotação visceralmente pejorativa, operava uma desumanização ao reduzir homens homossexuais à condição de animalidade, buscando destituí-los simbolicamente de sua condição de sujeitos de direitos.

Logo, a “*raça desgraçada*” dos homossexuais os imputavam a um lugar de maldição, sendo merecedores de todas as formas de violência que lhes viessem acometer porque escolheram desobedecer a ordem natural das coisas, conforme os padrões de gênero socialmente esperados e submetidos tanto para o sexo feminino, quanto para o masculino.

Sob a égide da crença cristã de que a atividade sexual deve ser regulamentada nos cânones do casamento heterossexual, muitos enxergavam na epidemia uma manifestação de justiça divina contra as sexualidades desviantes. Essa visão, atribuía à doença uma dimensão transcendental, considerando-a um mal encarnado no corpo humano a ser purgado para a redenção social (Parker; Aggleton, 2021).

Desse modo, é lícito inferir que a discriminação desenfreada, validada pelos meios de comunicação e até por terminologias preconceituosas oriundas do próprio meio científico, acarretou mazelas ainda mais violentas. De acordo com Perlongher (1987), a sociedade, impulsionada pelo temor do vírus, lançou-se em busca de bodes expiatórios entre grupos já estigmatizados, propiciando a moralização, racialização e homossexualização do HIV. Esse movimento desencadeou uma espécie de caça às bruxas em praticamente (senão em) todo o mundo, caracterizada por uma procura injusta e irracional por supostos culpados ou responsáveis pela epidemia, expressando uma resposta desproporcional e discriminatória diante da crise de saúde pública.

No Brasil, os relatos de assassinatos e agressões perpetrados contra travestis e homossexuais ecoavam de maneira corriqueira pelas ruas do centro da cidade de São Paulo. Sob o comando do delegado Wilson Richetti, a polícia paulista motivou uma verdadeira caça aos travestis, homossexuais e profissionais do sexo com a premissa de “limpar” a cidade. As atrocidades cometidas pela polícia eram acobertadas pela ditadura militar, expondo que a violência direcionada a essa comunidade havia se consolidado quase que institucionalmente (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Assim, Daniel (2018) foi preciso ao argumentar que ter AIDS era o mesmo que ter uma sentença de morte. Porém, não se tratava somente da morte propriamente dita, mas também da morte social. As pessoas com diagnóstico positivo eram reduzidas à categoria de “aidéticos”, uma forma de desumanização que as privava de sua essência humana, onde eram enxergadas como o próprio vírus e, conseqüentemente, as fazendo internalizar esse pensamento.

Embora a AIDS tenha surgido como qualquer outra enfermidade na história da humanidade, sua singularidade residia na intensa reação moralista que a acompanhava. Havia uma clara intenção de condenar os acometidos pela AIDS à morte civil por meio da marginalização e exclusão social, especialmente por afetar inicialmente grupos desprezados e

repudiados pela sociedade, favorecendo um ambiente em que fosse aniquilado qualquer vestígio de dignidade dessas pessoas.

Galvão (1997) refere que o descaso do governo federal foi evidente, contribuindo para o clima de medo e discriminação. Com a ausência de liderança política nacional, as comunidades mais afetadas e grupos progressistas formaram as primeiras Organizações Não Governamentais (ONGs) para enfrentar a crise, que tiveram papel central no amparo para as pessoas com diagnóstico positivo para HIV no início da epidemia até os dias de hoje.

As ONGs são entidades independentes que foram criadas, em grande parte, com apoio de agências da Organização das Nações Unidas (ONU) visando uma resposta rápida às necessidades sociais no período pós-guerra sem a morosidade burocrática do Estado. Elas se destacam por sua eficiência na resolução de problemas específicos, além de exercer influência política. No Brasil, as ONGs, surgidas principalmente a partir dos anos 1980, combinam características de diferentes tipos de organizações, atuando em parceria com o Estado e outros segmentos da sociedade, e se fortaleceram com o retorno de exilados políticos do tempo da ditadura civil-militar e a emergência da epidemia de HIV/Aids (Teodorescu; Teixeira, 2015).

A urgência da situação da epidemia moldou o caráter dessas respostas, com um caráter imediato, priorizando ações de curto prazo diante das tragédias pessoais e sociais associadas à explosão do HIV/Aids. Os primeiros esforços de enfrentamento da epidemia foram liderados por grupos gays em São Paulo, como o “Outra Coisa” e “Somos”, seguidos pelo “Grupo Gay da Bahia” (GGB) (Galvão, 1997). Vemos, com isso, que os próprios grupos sociais estigmatizados foram os pioneiros a somar esforços na luta contra a AIDS.

Um exemplo é a iniciativa do grupo gay “Outra Coisa” que, em 1983, liderado por Antônio Carlos Tosta, desempenhou papel crucial nas primeiras ações de combate à AIDS na comunidade homossexual de São Paulo, que antes mesmo das medidas governamentais, ele comandou iniciativas de conscientização distribuindo folhetos e apostilas informativas sem quaisquer financiamentos públicos, fazendo com que, posteriormente, ele colabora-se ativamente com o programa de combate à AIDS (Teodorescu; Teixeira, 2015).

Foi no ano de 1985 que ocorreu a fundação da primeira Organização Não Governamental dedicada ao HIV/AIDS no Brasil, denominada “Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA)”, além da implementação dos Programas Estaduais de IST/AIDS em 10 estados. Nesse período, o Ministério da Saúde começou a veicular campanhas de conscientização sobre diversas formas de prevenção da doença, enfatizando o uso de preservativos, a esterilização de seringas, agulhas e outros instrumentos, o controle da qualidade do sangue e hemoderivados, bem como promovendo campanhas de informação para a

comunidade (Villarinho et al., 2013).

Essas medidas se deram através do Programa de AIDS da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, que coordenou uma importante reunião em novembro de 1984, reunindo pacientes, funcionários do Instituto de Saúde, membros do movimento homossexual e líderes de associações relacionadas à saúde, para discutir a criação de um grupo de apoio às PVHA, marcando o início do movimento social organizado contra a AIDS no Brasil, que culminou, pouco tempo depois, na fundação do GAPA, que impulsionou medidas em nível estadual a partir do ano de 1985 (Teoderescu; Teixeira, 2015).

Como referido por Daniel (2018), o ano de 1985 marcou um dos períodos mais significativos na história da AIDS no Brasil, pois foi o ano em que começou a se tornar impossível ignorar a "AIDS brasileira", dado o crescimento do número de pessoas infectadas. Este período colocou em evidência a escalada da epidemia dentro das fronteiras nacionais e sinalizou uma mudança na consciência coletiva em relação à gravidade do problema.

Diante desse contexto, é indispensável mencionar o trabalho árduo de Brenda Lee, ex-profissional do sexo que destinou apoio a travestis vivendo com HIV em situação de vulnerabilidade desde 1985 na cidade de São Paulo, transformando sua própria casa na pensão Palácio das Princesas, originalmente destinada a abrigar travestis sem residência fixa. Com o aumento dos casos de AIDS entre os mais vulneráveis, a pensão se tornou um refúgio para esses pacientes, marcando o surgimento da primeira casa de apoio para os acometidos pela AIDS. O pioneirismo de Brenda Lee é surpreendente, dada a falta de suporte social para as travestis, muitas das quais enfrentavam dificuldades financeiras e isolamento familiar, além de sofrerem abusos da polícia e da sociedade em geral na época (Teoderescu; Teixeira, 2015).

Já em 1986, conforme documentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), foi criada a Comissão Nacional de AIDS (CNAIDS), responsável por orientar as políticas governamentais de combate à doença. A CNAIDS assessorou tecnicamente os gestores do Programa e da Política Nacional de DST/AIDS – também instituídos naquele ano – e exerceu pressão política junto a outros órgãos, defendendo medidas como a distribuição gratuita de medicamentos e opondo-se a outras, como a testagem compulsória de estrangeiros. Esse conjunto de ações foi fundamental para moldar as características do Programa Nacional.

Entre as diretrizes e estratégias estabelecidas na Política Nacional de DST/AIDS de 1986, o documento “Política Nacional de DST/Aids – Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2003), refere que as diretrizes versavam sobre promover mudanças comportamentais através do acesso à informação qualificada, estabelecer modelos de intervenção sensíveis às diferentes realidades sociais e culturais, desenvolver trabalhos baseados em educação por pares e

fortalecer redes sociais e parcerias com organizações não-governamentais e setor empresarial. As estratégias envolvem realizar campanhas de massa e intervenções educativas, apoiar projetos de intervenção e iniciativas comunitárias, promover acesso a dispositivos de prevenção, e capacitar recursos humanos para disseminar informações sobre IST e HIV/AIDS.

A implementação dessas políticas coincidiu com transformações políticas significativas, como a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No mesmo ano, a OMS instituiu o Dia Internacional de Combate à AIDS (1º de dezembro), estratégia global de mobilização que passou a ser observada no Brasil como uma oportunidade realizar campanhas educativas (Villarinho et al., 2013).

O Brasil enfrentou a epidemia de AIDS de maneira notável, instituindo um conjunto de medidas abrangente que incluiu a produção e distribuição de preservativos, a oferta gratuita de terapia antirretroviral e a criação de uma rede pública de laboratórios para diagnóstico e monitoramento de pacientes, aliada a investimentos em pesquisa (Greco, 2008).

Ainda, Teodorescu e Teixeira (2015) aludem ao desenvolvimento internacional de uma contestação à noção de "morte civil" associada ao diagnóstico de HIV, movimento que encontrou força no Brasil com a fundação do Grupo Pela Vidda, no Rio de Janeiro, por Herbert Daniel, em maio de 1989. Uma filial paulista foi estabelecida ainda no mesmo ano, seguida pela criação do Grupo de Incentivo à Vida (GIV) em 1990. Enquanto o GIV centrava-se na autoajuda para pessoas HIV positivo, ainda que considerando a situação de homossexuais não infectados, o Pela Vidda destacou-se no combate à discriminação, protagonizando denúncias contra planos de saúde que negavam cobertura aos pacientes.

Embora essas ações não tenham interrompido a disseminação do vírus, foram decisivas para ampliar a sobrevivência e elevar a qualidade de vida dos afetados, simultaneamente ao fortalecimento do arcabouço técnico-científico da saúde pública, o que preparou o país para as transformações epidemiológicas subsequentes (Greco, 2008).

A partir da década de 1990 se observou uma reconfiguração substancial do perfil da epidemia no Brasil, marcada pela heterossexualização do contágio, feminização, pauperização e interiorização da AIDS, que desconstruiu aos poucos a noção inicial de "grupos de risco", quebrando de forma abrupta preconceitos acerca do HIV/AIDS. Essa mudança refletiu a complexa interação de fatores sociais, econômicos e comportamentais que continuam a moldar a dinâmica de disseminação do HIV na realidade contemporânea brasileira (Couto, 2009).

Consoante o Boletim Epidemiológico de 2023 (BRASIL, 2023), a razão de casos de HIV/AIDS entre homens e mulheres alterou-se substancialmente, evoluindo de 14 para 10 em 2007 para 28 para 10 em 2020. Cerca de um quarto dos casos concentrou-se em jovens de 15 a

24 anos, e 78,3% das infecções no sexo feminino em 2022 ocorreram entre mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). Registrou-se também crescimento dos casos na população com 50 anos ou mais: entre as mulheres, a proporção subiu de 11,4% (2012) para 20,3% (2022), e entre os homens, de 8,7% para 11,4%. A análise por raça/cor mostrou a transição da predominância de casos para a população negra, que representou 62,8% em 2022, após a maioria ser branca até 2015. No período de 2020 a 2022, houve um aumento nacional de 17,2% nas infecções por HIV, com as regiões Norte (35,2%) e Nordeste (22,9%) apresentando os maiores crescimentos.

Os dados atestam a evolução do padrão de infecção pelo HIV, que se diferenciou dos anos iniciais da epidemia. Porém, mesmo que vírus não se restrinja a grupos estigmatizados, a enfermidade se mantém fortemente associada a eles, perpetuando o estigma. Ainda persiste a falsa crença de que a infecção é resultado de práticas consideradas imorais, quando, na realidade, o HIV pode afetar qualquer indivíduo sexualmente ativo, independentemente de seu comportamento ser percebido como recatado ou não (Parker; Aggleton, 2021).

No cenário brasileiro, há um empenho constante em políticas públicas de enfrentamento ao HIV/Aids, que conferiram ao país o status de referência global graças à abordagem universal do SUS. Um avanço atual é o Decreto nº 11.798/2023 (BRASIL, 2023), que instituiu o Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs na Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, como órgão responsável por promover a saúde de populações vulneráveis e pessoas vivendo com HIV/Aids mediante políticas estratégicas de vigilância, prevenção, assistência e garantia de direitos, o que inclui integração com a sociedade civil, monitoramento de doenças, assessoria técnica e programação de insumos.

Damante, Ferreira e Maito (2019) ressaltam que a criação do SUS foi fundamental para avanços no acesso à saúde, que desde 2013 oferece gratuitamente a Terapia Antirretroviral (TARV), tratamento que controla a replicação viral, reduz a carga viral e fortalece o sistema imunológico, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e reduzindo a transmissão do vírus.

Em matéria da *Agência de Notícias da Aids*, Martins (2019) detalha, através da entrevista com o infectologista Rico Vasconcelos, que profissionais de saúde desestimulavam ativamente pessoas HIV+ a manter vida sexual, mesmo com preservativo, intensificando o pânico e as privando de necessidades humanas básicas. Com a TARV, que reduz drasticamente a carga viral e praticamente anula a transmissão quando indetectável, foi possível reavaliar relacionamentos íntimos, como a possibilidade de concepção de filhos sem transmissão vertical,

inclusive em casais sorodiscordantes² (Martins, 2019).

Quanto à prevenção, Damante, Ferreira e Maito (2019) destacam a abordagem abrangente do governo brasileiro, que dissemina informações via palestras, campanhas e materiais educativos, enfatizando a testagem precoce para ISTs. Promovem-se testes sorológicos e autotestes para desburocratizar o acesso ao diagnóstico.

Paralelamente, implementam-se medidas secundárias como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste no uso preventivo de antirretrovirais antes da exposição ao vírus; e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP), que é a administração emergencial de medicamentos em até 72 horas após contato de risco (Damante; Ferreira; Maito, 2019).

Diante do exposto, cabe criticar a sazonalidade das campanhas preventivas no Brasil, concentradas majoritariamente no Carnaval e no Dezembro Vermelho. Embora esses momentos sejam cruciais para a sensibilização social, questiona-se a eficácia de uma abordagem restrita a períodos específicos. A focalização temporal desconsidera a pluralidade de grupos vulneráveis e contextos que demandam atenção contínua, exigindo campanhas mais inclusivas e perenes para efetivamente instituir uma cultura de prevenção.

O HIV transcende fronteiras geográficas, classe, raça, idade, orientação sexual e gênero, demandando, portanto, uma compreensão abrangente de sua complexidade e dos contornos de vulnerabilidade que atinge – especialmente entre os segmentos mais marginalizados. É nessa premissa que se funda a necessidade de estudar tais especificidades, objetivo central do presente trabalho, que elege uma delas como foco de análise.

1.2 Panorama do HIV na cidade de Manaus – Amazonas

As disparidades sociais brasileiras desempenham papel crucial na disseminação do HIV e da AIDS no país, resultando em uma epidemia multifacetada que evolui ao longo do tempo, traduzindo a interação entre fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais que afetam o panorama de infecção pelo vírus em regiões interioranas e geograficamente isoladas do país, como o Amazonas, e que merece destaque devido a suas particularidades culturais e seus condicionantes de vulnerabilidades social (Silva et al., 2009).

De acordo com Kadri e Schweickardt (2016), até 1985, ante o aumento expressivo de casos de AIDS em todo o Brasil, os estados foram compelidos a formular estratégias próprias para enfrentar a epidemia, na ausência de diretrizes nacionais claras ou de um apoio organizado

² “Sorodiscordante” é quando em um casal um possui o diagnóstico de HIV e o outro não.

por parte do governo federal. No Amazonas, conforme relatado pelas autoridades da época, a Fundação Hospitalar de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta (FUAM) e o Centro de Hematologia do Amazonas (Hemoam) organizaram grupos de estudo prospectivos. Essa iniciativa visava antecipar protocolos para a eventual chegada da síndrome ao estado, que ainda não registrava nenhum diagnóstico confirmado.

O ano de 1986 representou o ponto de virada nesse processo, com a oficialização da AIDS como doença de notificação compulsória em âmbito nacional, que coincidiu com a identificação do primeiro caso no estado do Amazonas, detectado na cidade de Manaus. Foi diante dessa emergência epidemiológica que a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), reconhecendo a necessidade de estruturar uma resposta regional especializada, credenciou a FUAM como Centro de Referência e Treinamento para IST na Região Norte. Este credenciamento não apenas consolidou o papel institucional da FUAM, mas também a posicionou como peça fundamental na articulação da rede de vigilância e cuidado no Norte do país, centralizando expertise e recursos para o enfrentamento da nova ameaça sanitária (KADRI; SCHWEICKARDT, 2016).

A propagação do vírus ecoou rapidamente na imprensa amazonense, colocando em alerta principalmente a capital, que, devido à distância geográfica dos epicentros originais no Rio de Janeiro e São Paulo, vivenciou a chegada tardia do HIV, o que permitiu aos profissionais de saúde locais acompanharem previamente a evolução da epidemia no país desde 1982, embora isso não tenha mitigado suas preocupações, dado o desconhecimento generalizado sobre sua natureza como IST e os desafios socioeconômicos específicos da região, ilustrado pela imagem anexa:

Figura 3 – Jornal A Crítica - “Dois casos confirmados – AIDS chega a Manaus”.



Fonte: Jornal A Crítica, 1987.

Conforme reportado pela matéria jornalística do Jornal *A Crítica*, em 1987, os dois primeiros casos documentados no Amazonas surgiram na cidade de Manaus afetando indivíduos do sexo masculino que se identificavam como homossexuais. Esse evento suscitou preocupações relacionadas às barreiras socioeconômicas e geográficas que caracterizavam a região, conforme destacado na época por renomados profissionais de saúde do estado, como José Carlos Sardinha, então coordenador do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis da FUAM. Segundo o mesmo na reportagem, a situação denunciava a vulnerabilidade exacerbada da grande parte da população que vivia na pobreza no enfrentamento da doença, além de lançar luz sobre a necessidade urgente de abordagens específicas e políticas de saúde adaptadas à realidade amazônica.

Contudo, as autoridades de saúde do Amazonas inicialmente subestimaram a gravidade da epidemia da AIDS. No ano de 1986 estavam enfrentando outras doenças sanitárias predominantes no estado, como malária, febre amarela e dengue, e consideravam que estas representavam um perigo maior em comparação com os poucos casos de HIV na região. No entanto, uma mudança gradual de postura ocorreu cerca de pouco mais de um ano após a chegada do vírus no estado, e em 1988, com a inclusão do tema no Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, ocorrido em Belo Horizonte, Minas Gerais, se deu o início de maneira mais incisiva acerca da discussão de medidas a serem adotadas diante do vírus na realidade amazônica (Kadri; Schweickardt, 2016).

Nos anos de 1986 a 1987, Silva et al. (2020) referem que apenas 10% dos casos de IST eram tratados pelos serviços públicos na capital do Amazonas, Manaus, enquanto a maioria recorria à automedicação por meio de atendimentos superficiais em balcões de farmácias. A cidade já apresentava uma estrutura precária de suporte para doenças venéreas, e a chegada da AIDS como mais um obstáculo indicava um cenário devastador e angustiante.

Em vista do crescente número de casos, da pressão social e midiática, o Programa Estadual de DST e Aids foi estabelecido em fevereiro de 1989 por decisão da Comissão Interinstitucional de Saúde em parceria com a FUAM e a SES-AM. Isso resultou na construção de uma ala de isolamento na Fundação de Medicina Tropical e no estabelecimento dessa instituição como referência para o atendimento de pacientes com HIV/Aids. No entanto, a criação desse espaço físico não garantiu automaticamente assistência integral para as pessoas com diagnóstico positivo para HIV. Os primeiros anos da epidemia no Amazonas foram marcados por negligência, falta de leitos e o preconceito dos profissionais de saúde, que viam a Aids como uma "doença procurada" e muitos se negavam a atender os acometidos pelo vírus

(Kadri; Schweickardt, 2016).

Segundo o estudo realizado por Silva et al (2009), entre 1986 e 1990, em Manaus, observou-se uma alta taxa de letalidade de 61,1%, com 22 dos 36 casos de HIV/Aids registrados evoluindo para óbito. A proporção entre os sexos foi de 5 homens para cada mulher. A exposição heterossexual foi predominante, representando 30,6% dos casos, seguida pela exposição homossexual e bissexual, que totalizaram 25% e 19,4%, respectivamente. O uso de drogas injetáveis e não injetáveis representou uma parcela pequena dos casos, com 2,8% e 6,7%, respectivamente. A história de múltiplos parceiros foi um fator de vulnerabilidade significativo, presente em 41,7% dos casos. A falta de informações sobre doenças sexualmente transmissíveis foi notável. O tratamento irregular foi relatado em 38,9% dos casos, enquanto 22,2% abandonaram o tratamento.

Até 1990, todos os casos de Aids notificados no estado do Amazonas tinham como origem a cidade de Manaus. Com a eclosão da epidemia, a disseminação do HIV se ampliou para outras cidades do interior. Contudo, é preciso salientar que Manaus, por ser a capital do estado, desempenha um papel central como ponto de referência para inúmeras localidades no interior do Amazonas. Essa centralidade pode ocasionar em um sobre-registro de casos na capital, seja por dados imprecisos sobre a residência do paciente ou por questões administrativas nos registros de atendimento ou diagnóstico nos serviços de saúde, o que se revela nos dados de quando o vírus chegou ao estado centralizados na cidade de Manaus (Gama, 2013).

Visto isso, ainda segundo Silva et al. (2009), no período de 1991 a 1995, foi registrado 316 novos casos de infecção pelo HIV em Manaus, representando um aumento significativo de 7,8 vezes em relação ao período anterior. Destes, 158 casos resultaram em óbito, com uma taxa de letalidade de 50%. Predominantemente, a infecção ocorreu por via sexual (87,7% dos casos), seguida pelo uso de drogas não injetáveis e transfusão sanguínea. A razão de sexo foi em média de 4 homens para cada mulher. Múltiplos parceiros sexuais foram identificados como fator de vulnerabilidade significativo, especialmente entre os homens, que apresentaram registros de 160 (62,7%). Já para o sexo feminino, 29 (47,5%) alegavam fazer sexo não seguro. Dos casos registrados, 21,8% relataram histórico de doenças sexualmente transmissíveis. A maioria dos pacientes (70,6%) apresentou sintomas. Irregularidade e abandono de tratamento foram observados em 31,3% e 22,8% dos casos, respectivamente. Além disso, 24,1% dos óbitos ocorreram já na primeira consulta.

A partir de 1995, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus implementou uma abordagem inovadora para o tratamento de ISTs, abrangendo toda a rede básica do município

com uma estratégia sindrômica³. Em apenas um ano, o serviço estava funcionando em 17 unidades, visando tratar os casos adequadamente e reduzir a incidência de ISTs e, consequentemente, de HIV na capital. Essa iniciativa, em parceria com a FUAM, incluía planos de ação individuais para cada centro de saúde, com metas e indicadores estabelecidos, além de treinamentos e monitoramento regulares. Essa parceria bem-sucedida entre FUAM e SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde de Manaus) foi possível devido à priorização dada pelo gestor Tirso Rodrigues, que liderou a secretaria entre 1995 e 1997, conforme destacado pelo consultor do projeto, José Carlos Sardinha (Kadri; Schweickardt, 2016).

Entre os anos de 1996 a 2000, houve um aumento significativo de 231,6% nos registros de novos casos de infecção pelo HIV/Aids em Manaus, totalizando 1.048 casos. Dessas ocorrências, 187 resultaram em óbito, correspondendo a uma taxa de letalidade de 17,8%. Predominantemente, a infecção foi transmitida por exposição sexual, representando 90,4% dos casos, seguida pelo uso de drogas não injetáveis e transfusão sanguínea. A multiplicidade de parcerias sexuais e a prática de sexo não seguro foram fatores de vulnerabilidade destacados. As IST foram mais comuns entre os homens. Irregularidades e abandono de tratamento foram observados em 23,3% e mais de 15% dos casos, respectivamente, e 13,4% dos óbitos ocorreram já na primeira consulta (Silva et al., 2009).

Os anos subsequentes revelaram um aumento exponencial e contínuo nos casos de HIV e Aids em todo o estado do Amazonas, de acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde (BRASIL, 2023). De 2007 a 2023, foram registrados 15.394 casos de HIV no estado. Nos últimos cinco anos, esse aumento foi notável; em 2019, foram registrados 1.651 casos; em 2020, apesar do isolamento exigido pela eclosão da epidemia da Covid-19, houve 1.324 casos; em 2021, 1.664 casos; em 2022, um aumento significativo para 2.058 casos; e em 2023, uma queda acentuada para apenas 836 casos registrados.

Em relação aos municípios mais impactados pelo HIV/Aids no estado do Amazonas nos últimos cinco anos (2019 a 2023), os dados do painel epidemiológico da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-RCP, 2024) destacam a capital do estado, Manaus liderando com um contingente expressivo de 10.983 casos registrados. Em seguida, vêm os municípios do interior do estado, Parintins, com 270 casos, Itacoatiara, com 265 e Manacapuru, com 184 casos. Esses números ressaltam uma distribuição desigual da infecção pelo HIV dentro

³ Segundo o documento “Diagnóstico”, lançado virtualmente na página do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), a estratégia sindrômica usa aspectos clínicos para classificar agentes etiológicos e definir tratamentos sem depender de testes laboratoriais. Ela se concentra na identificação e tratamento de síndromes baseadas em sintomas associados a uma doença específica. Essa estratégia é útil em emergências e surtos, onde recursos são limitados, permitindo uma resposta rápida com base nos sintomas do paciente.

do estado, com Manaus como epicentro e outros municípios também afetados, que embora em menor escala, apresentam dinâmicas que merecem atenção, devido às desigualdades sociais e econômicas que os cercam em comparação com a capital Manaus.

Em vista desse cenário, de acordo com o documento do ano de 2021 da Secretaria de Saúde do Amazonas (SES-AM, 2021), intitulado “Fundação de Medicina Tropical - Doutor Vieira Dourado (FMT-HVD) – Cartas de Serviços”, a FMT-HVD, localizada na cidade de Manaus, é atualmente referência no atendimento de pessoas vivendo com HIV e Aids no Amazonas, recebendo pacientes de todo o estado, incluindo áreas remotas do interior, especialmente aqueles encaminhados de outras instituições após a identificação do vírus em exames. Isso ocorre porque a fundação é uma referência pública prioritária para esse encaminhamento. Ela oferece uma gama de serviços essenciais voltados para melhorar a qualidade de vida não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares e parceiros íntimos. Esses serviços incluem atendimento médico, enfermagem, psicológico, serviço social, fisioterapia, farmácia própria para retirada de medicamentos, exames clínicos e laboratoriais diversos, e internação intensiva.

Destaca-se também o núcleo de acolhimento para pessoas vivendo com HIV, denominado “Solidariedade e Ação”, que, desde 2018, conta com uma equipe interdisciplinar. Este núcleo promove reuniões coletivas em uma sala reservada na própria fundação, onde são realizadas palestras educacionais sobre saúde e proporciona um espaço para o compartilhamento das histórias de vida dos pacientes. Dessa forma, cria-se uma rede de partilha e acolhimento entre profissionais e pacientes (SES-AM, 2021).

A instituição oferece gratuitamente testagem para HIV e outras IST, PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) e PEP (Profilaxia Pós-exposição). Também, a instituição atua como hospital-escola, possuindo desde o ano de 2000 um Programa de Iniciação Científica (PAIC) e desde 2002 o Programa de Pós-graduação em Medicina Tropical, em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas, para a formação de mestres. Em 2006, expandiu o programa para a formação em doutorado e desde 2013 possui o Instituto de Pesquisa Carlos Borborema, voltado para a pesquisa de doenças infecciosas e tropicais (SES-AM, 2021).

Visto isso, se compreende que a FMT-HVD é o principal centro de tratamento para casos de HIV/Aids em Manaus. No entanto, desde 2018, está em andamento um processo de descentralização para aliviar a carga de atendimentos na unidade de referência do Hospital da FMT e começar a distribuir os pacientes para os diversos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade. Esse processo conta com a ajuda de profissionais chamados "navegadores", treinados para orientar individualmente os

pacientes em seus trajetos terapêuticos durante a descentralização. O objetivo é tornar o diagnóstico mais ágil, humanizar o atendimento e, conseqüentemente, melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/aids em Manaus (SES-AM, 2018).

Contudo, de acordo com um artigo online publicado pela Revista *Cenarium* (Leiros, 2024), intitulado "Em Manaus, pacientes da Fundação de Medicina Tropical lutam contra a precarização", foi exposta a situação insalubre enfrentada pela FMT-HVD. Durante uma manifestação de ativistas do Fórum Amazonas de Organizações da Sociedade Civil IST/HIV/AIDS/ e Tuberculose em frente à fundação em 29 de janeiro de 2024, foram relatados casos de sucateamento de recursos básicos, como seringas, soro fisiológico, fraldas descartáveis, preservativos e até mesmo papel higiênico. Essa escassez tem prejudicado a realização plena de exames fundamentais para o acompanhamento da saúde das pessoas vivendo com HIV e Aids. Ademais, foi relatado que diversos funcionários da fundação estavam há aproximadamente 4 meses sem receber salários, o que, somado à falta de recursos, teria levado muitos pacientes a desistirem da Terapia Antirretroviral, especialmente devido à demora de meses para conseguir agendar consultas.

Este é um cenário preocupante, uma vez que no contexto do município de Manaus, os dados advertem que nos últimos cinco anos, houve um aumento constante nos registros de HIV e Aids. Em 2019, dos 2.637 casos registrados em todo o estado do Amazonas, 2.130 ocorreram na capital. Em 2020, foram registrados 2.235 casos no estado, sendo 1.848 em Manaus. Em 2021, o número subiu para 2.816 no estado e 2.323 na capital. Em 2022, os casos aumentaram para 3.013 no estado e 2.207 em Manaus. Em 2023, foram registrados 2.735 casos em todo o estado, com 2.207 em Manaus. Apenas nos dois primeiros meses de 2024, já foram registrados 258 casos (FVS-RCP, 2024).

Quanto aos possíveis modos de transmissão dos casos de HIV em Manaus, de 2019 a 2023, os dados revelam que os homens que fazem sexo com homens foram os mais afetados, totalizando 3.322 casos registrados. Logo em seguida, destacam-se os homens heterossexuais, com 2.519 casos, seguidos pelas mulheres heterossexuais, que registraram 1.912 casos. Por conseguinte, os homens bissexuais contribuíram com 926 casos, enquanto as mulheres lésbicas e bissexuais apresentaram 88 e 28 casos, respectivamente (FVS-RCP, 2024). Essa análise dos diferentes grupos de transmissão revela a complexidade da disseminação do HIV na cidade e ressalta a importância de estratégias de prevenção e conscientização direcionadas a esses diferentes segmentos da população.

Nos últimos cinco anos, de 2019 a 2023, foi observado que a faixa etária mais impactada pela incidência de casos de HIV/Aids foi a compreendida entre os 20 e 39 anos,

registrando um total de 9.323 casos. Na sequência, vem a faixa etária entre 40 e 59 anos, com 2.522 casos reportados, seguida pela faixa etária abaixo de 20 anos, com 1.249 casos. Por fim, a faixa etária de 60 anos ou mais apresentou o menor número de casos, totalizando 401 ocorrências, conforme os dados da FVS-RCP (2024).

O panorama epidemiológico do HIV no estado consolida-se cada vez mais alarmante, com um incremento significativo na incidência de casos ao longo dos últimos anos. Agrava este cenário a tendência emergente de expansão do vírus para segmentos populacionais que não estão tradicionalmente associados à disseminação do vírus, fato que exige não apenas vigilância redobrada, mas sobretudo a formulação de políticas públicas precisas que contemplem as vulnerabilidades específicas inerentes a esses grupos.

Um exemplo notável que merece destaque é a constatação da ocorrência de casos de infecção pelo HIV entre mulheres lésbicas que mantêm relacionamentos com outras mulheres, uma realidade que frequentemente é negligenciada quando se trata de direcionar medidas preventivas específicas. Isso se deve, em parte, a uma concepção equivocada que permeia a percepção geral, a qual sugere que, nas interações íntimas entre mulheres, onde a penetração genital é menos frequente, existe uma suposta proteção contra a transmissão do vírus. No entanto, essa visão simplista e imprecisa ignora a variedade de fatores de risco associados à transmissão do HIV.

Em vista disso, a UNAIDS (2024) sinaliza que, embora a probabilidade de transmissão do vírus seja menor em relacionamentos lésbicos, é essencial compreender que o sexo entre mulheres continua sendo sexo e, portanto, é igualmente suscetível a Infecções Sexualmente Transmissíveis, tanto através do sexo oral quanto do compartilhamento de acessórios. Este evento desafia conceitos convencionais e ressalta a necessidade de reconhecer e enfrentar os perigos da transmissão do HIV em todas as expressões de intimidade, independente da orientação sexual.

Outro ponto de destaque é o crescimento dos casos em faixas etárias mais avançadas, sobretudo entre 40 e 59 anos e, especialmente, entre indivíduos com 60 anos ou mais. Esse padrão também destaca a urgente necessidade de políticas de prevenção e educação sobre o HIV que não se restrinjam apenas aos grupos mais afetados, que são os mais jovens, mas que abranjam todas as idades, considerando suas particularidades e desafios específicos a serem enfrentados e trazidos a público.

No que tange à incidência do HIV na velhice, os dados destacam como a dinâmica de infecção entre indivíduos com mais de 60 anos tem ganhado proeminência nos últimos anos, tanto em nível nacional quanto estadual. Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do

Ministério da Saúde (BRASIL, 2023), nos últimos cinco anos, em todo o Brasil, os números de casos de HIV entre a população idosa se dispõem da seguinte forma: em 2019, foram registrados 1.757 casos; em 2020, 1.355; em 2021, 1.576; em 2022, 1.951; e em 2023, com uma significativa baixa, 956 casos entre pessoas idosas. Entre 2007 e 2023, houveram 16.677 diagnósticos positivos em pessoas com mais de 60 anos no Brasil, destes, 10.138 foram em homens idosos e 6.539 em mulheres idosas, revelando também a marcante faceta de gênero no panorama de infecção de HIV.

No estado do Amazonas, os casos de HIV e Aids entre a população idosa também têm sido observados. Segundo dados do painel de HIV/Aids da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-RCP, 2024), na faixa etária de 60 anos ou mais, nos últimos cinco anos, houve um registro significativo. Em 2019, foram contabilizados 35 casos entre homens e 23 entre mulheres. Mesmo durante a pandemia de Covid-19, que exigiu o isolamento da população, os casos persistiram. Em 2020, foram 38 casos entre homens e 8 entre mulheres; em 2021, 43 casos entre homens e 24 entre mulheres; em 2022, 57 entre homens e 31 entre mulheres; e em 2023, 62 entre homens e 22 entre mulheres, demonstrando um aumento exponencial ao longo dos anos. Nos primeiros meses de 2024 (janeiro a fevereiro), já foram contabilizados 7 casos entre homens idosos e 4 entre mulheres idosas.

Diante dos dados supracitados, se torna imperioso destacar a necessidade de se abordar a questão do HIV na velhice, face à escalada de casos notificados nesse segmento etário. Reconhecer essa realidade demográfica emergente é crucial, pois se trata de um fenômeno multidimensional que demanda uma análise que foge do óbvio para trazer à tona suas questões subjacentes.

Para tanto, cabe salientar que a velhice, por si só, já é caracterizada por desafios substanciais, ainda que reconhecidos de forma superficial por parte da sociedade e do poder público. Quando conjugada à infecção pelo HIV, essa condição tem suas dificuldades acentuadas, descortinando um complexo de vulnerabilidades que precisam ser cabalmente elucidadas como condição prévia para a formulação de respostas eficazes e compassivas.

1.3 O HIV na velhice: O que está por trás desse problema de saúde pública?

Pensar o HIV no contexto da velhice ainda é um tema marcado por silêncios e tabus, pois envolve construções sociais fundamentadas na convicção associada à cronologia da vida. Neri (2001) explica que o percurso da vida é dividido em fases pela sociedade, como infância, vida adulta e velhice, cada uma com atribuições distintas e bem definidas, que são repassadas

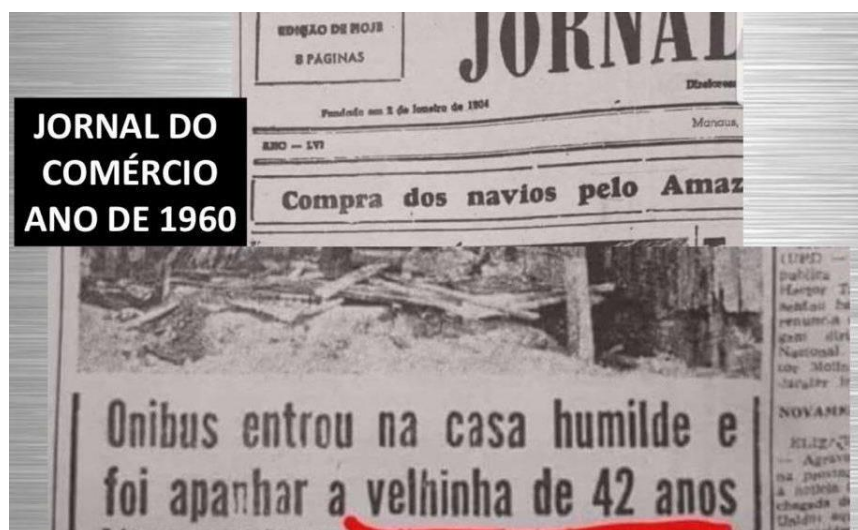
de geração em geração. Essas atribuições incluem a idade considerada apropriada para realizar determinadas atividades, podendo sofrer alterações de acordo com a localidade e seus padrões culturais, regionais e de gênero.

Na transição para a velhice, o ser humano ingressa em uma etapa marcada por expectativas meticulosamente arquitetadas pelas dinâmicas sociais, apresentando uma miríade de interpretações e experiências singulares. Debert (1999) discorre que a velhice, igualmente à outras fases da vida, não é apenas uma questão biológica e sim uma construção social e cultural que vai além do simples processo de envelhecimento do corpo. A velhice é entendida como o estágio final da vida, no qual um indivíduo é reconhecido como pessoa idosa e, conseqüentemente, enfrenta mudanças em seus papéis e *status* social.

Na contemporaneidade, os avanços da medicina no controle de doenças, somados aos desenvolvimentos das tecnociências e de suas técnicas de rejuvenescimento, têm permitido que as pessoas atinjam idades avançadas com condições psicofísicas satisfatórias (Leão, 2015). Com isso, a consideração de um indivíduo como idoso a partir das marcas impressas no corpo tem sofrido alterações ao longo das últimas décadas, promovendo uma reavaliação contínua dos critérios que definem a “cara” da velhice.

Na década de 1960, por exemplo, uma mulher de 42 anos poderia ser socialmente percebida como uma “velhinha” (conforme ilustrado pela imagem jornalística mostrada a seguir). Atualmente, contudo, é notório que indivíduos na mesma faixa etária distam consideravelmente de serem enquadrados na categoria de pessoas idosas. Vejamos:

Figura 4- Jornal do Comércio – “Ônibus entrou na casa humilde e foi apanhar velhinha de 42 anos”.



Fonte: Jornal do Comércio, 1960

Este contraste revela o caráter contínuo de ressignificação do conceito de velhice e de seus marcadores sociais ao longo dos anos, sendo essa metamorfose perceptual uma prova de que a senectude é, em grande medida, uma construção cultural fluida, cujos parâmetros são incessantemente negociados e reinventados pela coletividade em seu incessante devir (Beauvoir, 1970).

No Brasil, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), estabelece que a pessoa idosa é aquela com 60 anos ou mais, definição legal que também trouxe uma transição marcante em relação ao entendimento passado sobre o marco de entrada na velhice. Comparativamente à afirmação jornalística mencionada da década de 1960, essa legislação estabelece um marco de 20 anos a mais do que era comumente considerado como idade para se considerar uma pessoa como idosa.

Ponce de Leão e Sasaki (2023) observam ainda que, no Brasil, debate-se a elevação do patamar etário para a definição de pessoa idosa, medida alinhada ao aumento da expectativa de vida – fenômeno global que motivou diversos países desenvolvidos a estabelecerem os 65 anos como nova referência, tendência da qual a Itália é expoente ao adotar, desde 2018, a marca de 75 anos. Não obstante os benefícios inegáveis dessa longevidade ampliada em termos de saúde e qualidade de vida, surgem inquietações quanto ao impacto do envelhecimento populacional acelerado sobre as políticas públicas, especialmente quanto à seguridade social, com repercussões diretas nos sistemas de saúde, previdência e habitação.

No entanto, embora as pessoas estejam vivendo por mais tempo, isso não significa que elas tenham alcançado um lugar de valorização social. Beauvoir (1970) alega que, enquanto algumas culturas reverenciam os mais velhos por sua sabedoria, outras os marginalizam como frágeis e dependentes. Essa visão negativa do envelhecimento é comum em sociedades capitalistas, onde a valorização social é fortemente ligada à produtividade. Sob essa lógica, o lugar da pessoa idosa na sociedade capitalista é o “não-lugar”.

Em vista dessa trama social, a velhice é muitas vezes retratada como uma jornada de declínio e imobilidade em todos os domínios da vida humana, o que cria o sentimento de estranheza diante da ideia de que as pessoas idosas ainda nutram sonhos, anseios e, ainda mais, que desfrutem de relacionamentos íntimos.

Contudo, em um mundo onde o prisma das relações afetivas majoritariamente gravitava em torno da moral cristã, em que o sexo e a sexualidade eram única e exclusivamente associados à reprodução, e não como uma fonte de satisfação dos desejos carnis e emocionais dos indivíduos, Bozon (2004) infere que hoje a sexualidade é vivida em um ambiente mais libertador. Dispositivos permitem uma vida sexual saudável sem a necessidade de gravidez, e

a prática sexual não está mais restrita à fase adulta. As pessoas iniciam sua vida sexual mais cedo e a mantêm até a velhice, o que possibilita uma compreensão e expressão da sexualidade além dos conceitos tradicionais.

Pascual (2002) descreve que frente à essas inovações, se aflora uma nova perspectiva que amplia as fronteiras da expressão sexual na velhice que não se restringe meramente ao ato sexual com vistas a penetração, mas abrange um universo de sensações e descobertas sensoriais que também caracterizam os relacionamentos nessa fase da vida. Segundo ele, é um despertar para a beleza do toque, do afeto e da intimidade, trazendo à tona um horizonte de possibilidades que elevam a experiência do prazer e do desejo.

Porém, a persistência da concepção tradicional de que a sexualidade é exclusiva das fases mais jovens da vida, principalmente atrelada à fase reprodutiva, faz com que se encare a sexualidade na velhice encoberta de tabus, especialmente devido ao declínio biofísico que inegavelmente ocorre nessa fase, como aponta Ponce de Leão (2018, p. 13):

É fato a constatação de que, na velhice, o indivíduo perde parte dos atributos que o tornam um ser sexuado, uma vez que a biologia impõe alguns limites ao corpo, mas isso não significa dizer que o velho se destitua dos sentimentos de desejos no campo da sua sexualidade. O velho é, por um lado, rebaixado em sua condição humana ao ser considerado assexuado, e por outro lado, é elevado ao patamar das virtudes, de onde se espera que se resigne em representar o papel do bom avô ou da boa avó.

Compreende-se, assim, que as expectativas sociais em relação ao envelhecimento incluem a performance de papéis preestabelecidos no ciclo da vida, como já observado por Neri (2001). Mas a vida não se conforma a padrões rígidos, e reduzir a pessoa idosa à figura do “bom avô” ou da “boa avó”, como alerta Ponce de Leão (2018), constitui um viés castrador que a confina ao cuidado dos netos, estabelecendo uma visão assexualizada da velhice.

Essa estereotipia contribui diretamente para a invisibilização de questões como o HIV e outras ISTs na velhice, pelo fato de, recorrentemente, não ser reconhecido que as pessoas idosas mantêm desejos, necessidades e expressões sexuais, e que estão igualmente suscetíveis a ISTs (Pascual, 2002). A prova cabal se encontra no aumento de casos de HIV nessa faixa etária, desafiando o preconceito de que a sexualidade se extingue com a idade. Andrade (2021, p. 606) reitera, “se por um lado sabe-se que a transmissão é feita, quase que exclusivamente, por via sexual, por outro, com o aumento da expectativa de vida (...) teremos cada vez mais idosos vivendo com HIV no país”, acompanhando uma tendência global.

A tabela apresentada a seguir proporciona uma visualização direta dos casos de HIV entre indivíduos com mais de 60 anos tanto a nível nacional quanto no estado do Amazonas.

Através de análise, é possível compreender melhor a dinâmica epidemiológica do HIV em regiões específicas do Brasil, assim como no contexto mais restrito do Amazonas, em uma visualização comparativa.

Tabela 1 - Casos de infecção pelo HIV entre a população idosa no Brasil e no Amazonas entre 2019 e 2023.

Brasil		Amazonas	
Ano	Casos	Ano	Casos
2019	1.757	2019	58
2020	1.355	2020	46
2021	1.576	2021	67
2022	1.951	2022	88
2023	956	2023	84
Total:	7.595	Total:	343

Fonte: Boletim Epidemiológico de HIV/Aids do Ministério da Saúde 2023 (BRASIL, 2023) e Painel Epidemiológico – HIV/Aids no Estado do Amazonas (FVS-RCP, 2024).

Os dados da tabela acima sinalizam que há de fato a crescente incidência de casos de HIV entre as pessoas idosas. Este panorama está vinculado, sobretudo, ao envelhecimento demográfico, mas, sendo também influenciado pelo acesso ampliado a medicamentos para o tratamento da disfunção erétil e pela alteração de perspectivas em relação à sexualidade na velhice, o que tem promovido uma maior atividade sexual nesse grupo etário, como investigado por Brigeiro e Maksud (2009).

De acordo com os autores (2009), a criação do Viagra impactou notoriamente a vida sexual de homens idosos, que encontraram nova vitalidade para se engajar em atividades sexuais extrapolando a conjugalidade. A disponibilidade do medicamento reativou vidas sexuais antes limitadas pela disfunção erétil, resultando em casos de abandono de esposas idosas em busca de parceiras mais jovens, tomados pela sensação de rejuvenescimento e desejo de satisfazer impulsos sexuais antes adormecidos.

Essa ocorrência reflete a mudança nas dinâmicas dos relacionamentos conjugais na velhice, e como o impacto das inovações médicas na esfera da sexualidade e das relações interpessoais deve ser levado em consideração para que se tenha uma abordagem que direcione esforços efetivos para a prevenção do HIV na velhice, entendendo as suas necessidades específicas e os diversos fatores que contribuem para a sua vulnerabilidade.

Dentre a gama de vulnerabilidades que se inserem no campo da velhice, não se deve escapar as condições socioeconômicas, pois, para além dos desafios físicos e biológicos

naturais do envelhecimento, Teixeira (2009) alega que há a uma marginalização social enfrentada pela população idosa, particularmente pela sua exclusão do mercado de trabalho. Para a autora, o envelhecimento da população é considerado um ônus para o Estado à medida que sobrecarrega o sistema de seguridade social, especialmente a política de saúde em função do aumento das demandas para o controle e tratamento de seus agravos.

Segundo Ponce de Leão (2015), a ausência de um amparo eficiente do Estado diante das múltiplas complexidades associadas à velhice resulta em uma oferta parca de serviços, no enfoque centralizado na doença e fragmentado no atendimento. Com isso, se observa o acesso inadequado a cuidados de saúde de qualidade, incluindo o atendimento médico, exames regulares, acesso a medicamentos, bem como a informação adequada sobre saúde e prevenção.

Essa lacuna referente a ausência de recursos adequados e de informação sobre saúde sexual cria um ambiente propício para a disseminação de riscos de ISTs. A disponibilidade de serviços de saúde de qualidade e o acesso a informações precisas são elementos cruciais na prevenção dessas condições de saúde, sendo fundamentais para a promoção de práticas sexuais seguras e para a redução da incidência dessas infecções.

No entanto, outra problemática reside na negligência dos serviços e profissionais de saúde ao desconsiderarem a atividade sexual entre idosos. Alencar e Ciosak (2016) destacam que, ao atenderem pessoas idosas com sintomas como febre, perda de peso ou erupções cutâneas, os profissionais frequentemente omitem a solicitação de exames sorológicos para IST, atribuindo tais manifestações a outras condições clínicas, o que desemboca em diagnósticos tardios ou mesmo na sua ausência. Essa subnotificação pode levar à identificação da infecção apenas em estágios avançados, elevando o risco de complicações graves e óbitos por AIDS.

Valeri (2023) aprofunda essa análise ao relatar experiências de campo nas quais médicos, diante de pessoas idosas com sintomas típicos de IST, consideravam alternativas como alergias ou sarampo, mas não investigavam a possibilidade de ISTs, simplesmente pela idade do paciente. Como consequência, prolonga-se o sofrimento desses indivíduos, que podem perambular por semanas ou meses sem um diagnóstico preciso.

Além dessas falhas assistenciais e do estigma cultural que cerca a sexualidade na velhice, somam-se questões estruturais na gestão das políticas de saúde, que ampliam a vulnerabilidade desse grupo ao HIV. A intersecção de fatores culturais, de gênero e formativos entre os profissionais culmina em condutas que ignoram a realidade da vida sexual ativa na terceira idade e exacerbam situações de risco.

Na região amazônica, Ponce de Leão (2018) revela que as marcas do sexismo, constituintes do patriarcado, são fortemente demarcadas nas cidades do interior interligada à

cultura paternalista e do favor que encontra solo fértil para a sua expansão nesses contextos de vulnerabilidade social, produzindo a prática do sexo negociada, apoiadas pelas influências do imaginário mítico que rege a poiesis⁴ da vida do homem e da mulher do interior.

Para a autora Ponce de Leão (2021), há uma tendência em erotizar a figura da mulher amazônida associando-a ao imaginário do exotismo da “índia” seminua, supostamente disponível para o sexo, enquanto os homens têm a sua masculinidade fortemente erigida sob o pilar da virilidade a partir da simbologia mítica e erótica do boto, um ser metade homem metade bicho, que se engera⁵ nas noites de festa para conquistar as mulheres e que as abandonam após a consumação do ato sexual.

Essas representações de gênero, enraizadas na formação social da Amazônia a partir das impressões registradas pelo pensamento do europeu colonizador e do imaginário mítico que permeia a região, reluzem as dinâmicas sociais locais, e de como elas moldam as relações de poder e as oportunidades disponíveis para homens e mulheres. Portanto, entender e considerar essas interações entre cultura, história e sexualidade é essencial para abordar adequadamente as questões relacionadas à sexualidade na velhice, especialmente considerando as idiossincrasias do contexto amazônico.

Como exemplo, o estudo de Ponce de Leão (2018) desnuda as relações transgressoras na velhice ao investigar a realidade do município interiorano de Parintins, no estado do Amazonas, desafiando as normas sociais estabelecidas sobre as relações íntimas centradas na conjugalidade. Ainda, é detalhado como a velhice nesse local é marcada pelo pleno engajamento em todas as esferas da vida. As pessoas idosas residentes lá demonstram lucidez e vitalidade, indo contra a lógica capitalista ao permanecerem ativas na vida pública.

É nesse ambiente que se manifestam as transgressões. As mulheres idosas saem, cuidam de sua aparência e irradiam charme, atraindo a atenção de homens de todas as idades e se relacionando intimamente com eles. Da mesma forma, os homens idosos encontram maneiras de reafirmar a sua virilidade entre os demais, despertando o interesse de mulheres mais jovens, estabelecendo uma espécie de competição sexual com os homens mais jovens. O estimulante sexual para esses homens e mulheres idosos não é farmacológico, ou seja, não encontra apoio no Viagra ou na pílula rosa que desperta o desejo sexual feminino, é simplesmente a vida ativa e a alimentação saudável (Ponce de Leão, 2018).

⁴ Por “poiesis”, a autora entende como a produção da vida que se tece em um entrelaçamento entre os seres humanos e o os outros seres que compõem o ambiente que os cercam. Assim, existe uma relação do humano com o não-humano que habita as florestas e as águas e que influenciam a tessitura da vida.

⁵ “Se engerar” é um termo empregado em algumas cidades do interior do Amazonas que significa vir a tornar-se, transformar-se.

Nessa tessitura, os centros de convivência da pessoa idosa assumem papel importante para a integração comunitária e viabilizar uma velhice não normativa. Alves (2004) descreve que nesses espaços, mulheres idosas frequentam bailes e estabelecem interações com instrutores de dança mais jovens, que podem evoluir para relações íntimas por desejo recíproco. Registram-se, contudo, casos em que tais instrutores oferecem serviços sexuais remunerados, dos quais algumas senhoras se utilizam. A pesquisa também assinala que homens idosos igualmente recorrem a profissionais do sexo, reafirmando a manifestação ativa e diversa da sexualidade nessa etapa da vida.

Com a existência concreta da atividade sexual entre as pessoas idosas, se entende, como ponto de partida para o entendimento da dinâmica de infecção pelo HIV nessa faixa etária, que esta decorre, sobretudo, da negligência do uso do preservativo. Ponce de Leão (2017) relata que esse problema advém das pessoas idosas pressuporem não estarem mais aptas à reprodução sexual, enxergando este método contraceptivo apenas para a finalidade de evitar filhos e, também, no caso da realidade amazônica, por depositarem a confiança na prevenção de ISTs antes e após a atividade sexual desprotegida na curanderia⁶ indígena aplicada nas genitálias, ou por meio da ingestão de infusões de ervas medicinais que compõem um rito de depuração não só do corpo, mas, também, da alma que se torna espiritualmente limpa depois do sexo com a mulher impura, oferecida sexualmente e, por isso, supostamente doente.

Outro critério que se hibridiza a essas práticas, segundo Ponce de Leão (2018), é o patriarcado. Homens idosos dos interiores amazônicos recorrem a estratégias machistas para se proteger do HIV, categorizando as mulheres conforme sua conduta e jovialidade: as mais jovens são simbolicamente percebidas como virginais, portanto menos experientes sexualmente, mais "puras" e saudáveis; enquanto as de idade avançada são classificadas como promíscuas e, conseqüentemente, "impuras" do ponto de vista moral e sanitário. Essa construção cultural arbitrária fundamenta o cálculo de risco com caráter puramente intuitivo e falho.

Esse entendimento, além de endossar a pedofilia e se erigir na pornografia, é completamente equivocado, uma vez que é sabido que as pessoas que vivem com HIV não apresentam características faciais ou físicas distintas (a menos que estas estejam em estágios avançados da infecção, quando essas características podem sim se tornarem evidentes a olho nú) (Ponce de Leão, 2018).

A relutância das pessoas idosas em utilizar preservativos deriva do próprio hábito estabelecido desde as suas juventudes, uma vez que, de acordo com Del Priore (2014), o sexo

⁶ Curanderia é a prática popular de cura baseada em saberes tradicionais, uso de plantas medicinais, rituais e espiritualidade, geralmente fora do âmbito da medicina oficial.

era estabelecido como algo sagrado para a geração de filhos. Principalmente em relação as mulheres, quando estas alcançam a velhice e passam pela menopausa, perdendo assim a sua capacidade reprodutiva, muitas delas consideram dispensável o uso dos preservativos sexuais, devido à ideia de que eles são destinados apenas para evitar a procriação.

Essas circunstâncias expõem a complexidade das vulnerabilidades que cerceiam as experiências da sexualidade na velhice, transcendendo a visão simplista assentada no campo das condições socioeconômicas, das medidas estatais e dos serviços e profissionais de saúde. Isso porque os interditos e os tabus relacionados à sexualidade na velhice são influenciados por diversos fatores, incluindo o contexto regional, cultural e as relações de gênero e no campo da sexualidade, especialmente a partir da revolução sexual.

Contudo, mesmo com a existência de todos esses impasses, no Brasil, a problemática do HIV entre a população idosa ainda permaneça à margem das prioridades governamentais. De acordo com a Agência de Notícias da Aids (2020), as campanhas públicas omitem-se perante esse grupo, justificando-se pela menor incidência comparativamente a faixas etárias mais jovens, desconsiderando a tendência global de envelhecimento demográfico.

Valeri (2023) reforça essa crítica, destacando a insuficiência de iniciativas direcionadas ao público idoso, mesmo com o crescimento dos casos e as advertências reiteradas pela OMS. A autora referencia o estudo do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC) que atribui 85,71% das infecções à carência de estratégias educativas e 57,14% ao déficit de conhecimento sobre ISTs.

A despeito da existência de diretrizes nacionais de prevenção e tratamento para HIV/Aids (BRASIL, 2023), constata-se a desatenção programática na concepção de medidas voltadas especificamente à população idosa, refletida na raridade de ações federais, deslocando a responsabilidade para instâncias estaduais e municipais, que são igualmente deficitárias na promoção e consolidação de respostas institucionais. Essa postura carente de direcionamento exclui progressivamente o segmento senil, ampliando sua suscetibilidade ao HIV e validando a crítica quanto à invisibilidade temática na agenda pública.

No estado do Amazonas, na cidade de Manaus, foram adotadas algumas iniciativas publicamente divulgadas para a prevenção do HIV na velhice, como a registrada no site da Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC, 2019), onde foi realizada, na data de 04 de dezembro de 2019, uma roda de conversa intitulada "Vulnerabilidade da pessoa idosa ao HIV-AIDS" com o Grupo de Idosos Santuário da Vida, na Comunidade Menino Jesus, 4ª Etapa, bairro Jorge Teixeira, zona leste de Manaus. O evento reuniu aproximadamente 40 pessoas idosas e abordou temas como os riscos específicos de contrair o

HIV, o processo de diagnóstico do vírus, os medos e ansiedades relacionados aos resultados e a sexualidade na terceira idade, englobando os métodos preventivos das ISTs.

Também, de acordo com informações divulgadas pela página oficial da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES-AM, 2023), a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP) promoveu, em 21 de junho de 2023, uma palestra voltada prioritariamente ao público idoso, sobre a prevenção do HIV e de ISTs, realizada no Parque Municipal do Idoso, situado na zona centro-sul de Manaus.

Apesar da relevância dessas iniciativas, se constata seu caráter pulverizado, pelo grande espaço de tempo entre as ações, e desconectado de uma estratégia sistemática contínua para a saúde sexual na velhice, apontando para a ausência de políticas públicas institucionalizadas especificamente para pessoas idosas tanto no âmbito municipal quanto estadual. A falta de registros de programação permanente faz entender que são ações isoladas, atingindo poucas pessoas idosas em relação ao contingente populacional da cidade e do estado.

Diante desse cenário, é preciso refletir criticamente sobre a inclusão das demandas da população idosa nas diretrizes das políticas públicas de saúde, sobretudo considerando a persistente vulnerabilidade desse grupo ao HIV/AIDS. A implementação de programas específicos de prevenção, direcionados a essa faixa etária, torna-se imperativa para assegurar o acesso a informações qualificadas, serviços de saúde adequados e suporte institucional que promova a proteção e o fortalecimento da saúde sexual na velhice.

Há a urgência de uma abordagem interseccional da questão, que coloque em foco as fragilidades estruturais das políticas de saúde frente ao envelhecimento populacional, que devem ser pautadas o mais rápido possível. A negligência institucional nesse campo é grave e alarmante diante do aumento dos casos de HIV entre pessoas idosas no Brasil, delineando um cenário que demanda respostas verdadeiramente eficazes e sensíveis às especificidades enfrentadas por esse grupo que vão além de aspectos meramente biológicos.

CAPÍTULO 2 – RELAÇÕES DE GÊNERO E O HIV/AIDS NA VELHICE

Analisar os diagnósticos de HIV em pessoas com 60 anos ou mais, idade comumente reconhecida como marco da velhice ou da pessoa idosa na sociedade brasileira, exige uma atenção cuidadosa às dinâmicas afetivo-sexuais que existem nessa fase da vida, especialmente no que diz respeito à adoção de um olhar crítico fundamentado na perspectiva de gênero.

Considerando isso, este capítulo investiga como as normas sociais de gênero moldam de maneiras distintas a vivência da sexualidade entre homens e mulheres idosos, tendo como premissa a desigualdade de gênero, que se torna mais evidente e potencialmente prejudicial no âmbito da velhice, pois afeta diretamente a forma como eles experienciam o prazer, o desejo, os relacionamentos e os cuidados com a saúde. Logo, entender como esses padrões genderizados impactam a vulnerabilidade ao HIV na senescência se faz indispensável.

2.1 Gênero e Velhice: Transformações e dinâmicas

Por durante muito tempo, a velhice foi representada pelos signos da decrepitude, da doença e da morte. A pessoa idosa foi historicamente confinada a um papel subalterno, vista como um “fardo” para a família e para o Estado, construção essa que está arraigada na lógica social vigente que valoriza apenas o que é útil e produtivo. Como pontuado por Beauvoir (2018), trata-se de uma imagem diretamente associada ao modelo capitalista, que elege a juventude como símbolo máximo de valor por seu vigor físico e sua capacidade de gerar lucro, empurrando os mais velhos para às margens da estrutura social.

Entretanto, no final do século XX, com o aumento progressivo das pessoas idosas, políticas públicas e iniciativas sociais se empenharam em criar uma posituação da velhice, na expectativa de reverter, ainda que parcialmente, a exclusão e subalternização sofridas por esse segmento populacional. No Brasil, Debert (1999) destaca o papel do SESC (Serviço Social do Comércio), cujos programas integraram atividades culturais, educativas, recreativas e físicas voltadas a esse público. Essas iniciativas influenciaram a formulação de políticas públicas voltadas para o envelhecimento ativo, como a criação dos centros de convivência, que contribuíram para a construção de uma nova visibilidade da velhice.

De acordo com o documento “Fatos e Números: Idosos e Família no Brasil” (Brasil, 2023), que reúne dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), em 1940, a expectativa de vida no Brasil era de aproximadamente 45,5 anos. Em 2008, a expectativa de vida aumentou para cerca de 73 anos e as recentes projeções indicam que, até

2050, a expectativa de vida poderá atingir cerca de 81,29 anos. Isso se deve também aos avanços da medicina, especialmente das tecnociências (Ponce de Leão, Sasaki, 2017), à melhora das condições de saneamento básico, ao aumento da escolaridade e da renda e em virtude da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade.

A conquista de uma maior longevidade representa um triunfo humano notável. Canôas (2009) observa uma transformação nas condições de vida das pessoas idosas na contemporaneidade, quando comparadas ao período anterior ao século XX, que era marcado por expectativas de vida mais baixas devido à carência de avanços médicos, à prevalência de doenças infecciosas, como tuberculose e pneumonia, e às condições socioeconômicas adversas.

Esse novo escopo social, impulsionado por políticas de valorização do envelhecimento e pelos avanços na saúde, favoreceu o surgimento de novas dinâmicas, como a perda de força na imagem da pessoa idosa confinada ao papel de cuidadora dos netos, como o “bom avô” ou a “boa avó”, em vista de um contexto em que muitos buscam viver esse momento da vida com maior independência e prazer (Ponce de Leão, 2018).

A vista dessa “nova velhice” se faz presente no perfil das pessoas idosas entrevistadas para esta pesquisa na cidade de Manaus, no estado do Amazonas, onde a população com 60 anos ou mais cresceu 89% em 12 anos, saltando de 222 mil pessoas idosas em 2012 para cerca de 420 mil em 2024. Atualmente, as pessoas idosas representam quase 10% da população do Amazonas, com Manaus concentrando aproximadamente 190 mil deles, o que a coloca como a 7ª capital brasileira com maior número absoluto de pessoas idosas, ainda que a região Norte ocupe a última posição no ranking nacional, com apenas 9% de sua população nessa faixa etária, abaixo da média nacional (IBGE, 2024).

Ainda, a predominância de mulheres idosas (56%) sobre homens (44%) no estado do Amazonas reforça uma tendência nacional, marcada pela maior expectativa de vida feminina, sobretudo entre os mais longevos: na faixa dos 80 anos ou mais, elas representam 60% do total. Esse dado demográfico, somado ao crescimento acelerado da população idosa, que deve chegar a 12% no Amazonas até 2030, denota não apenas uma mudança nos papéis sociais tradicionalmente atribuídos à velhice, mas também a urgência de políticas públicas adaptadas para a realidade desse grupo etário (IBGE, 2024).

Partimos do pressuposto de que a velhice não é uma experiência homogeneizadora para homens e mulheres. As transformações sociais nas últimas décadas reposicionaram os papéis de gênero, repercutindo, inclusive, em novas formas como homens e mulheres passam a viver a velhice. As mulheres idosas, por exemplo, personificam o fenômeno da feminização da velhice; elas não apenas vivem mais, mas também redefinem seus lugares sociais, muitas

vezes rompendo com modelos tradicionais de conjugalidade (Debert, 1994).

Pesquisas como as de Goldenberg (2005) destacam que, ao envelhecer, as mulheres estão priorizando autonomia e prazer, optando pelo divórcio em idades avançadas e ressignificando laços afetivos e familiares. Em seu estudo, a autora expõe que 72% das mulheres entrevistadas com mais de 60 anos consideram a velhice como um tempo de liberdade, o que denota como a longevidade feminina está associada a uma reconstrução ativa de projetos individuais. Essa tendência também é visível em Manaus, onde, conforme apontado pelo IBGE (2024), 56% das pessoas idosas são mulheres, muitas delas chefes de domicílio ou reinvestindo em educação, trabalho e novas relações afetivas.

Em Manaus, o perfil das mulheres idosas entrevistadas nessa pesquisa revela uma faixa etária média de 68 a 70 anos, com declaração de orientação sexual heterossexual e raça parda, de origem católica ou evangélica, e com trajetórias marcadas pela viuvez ou divórcio; todas residindo sozinhas ou apenas com filhos, nenhuma em união conjugal ativa. Apesar de 50% terem renda de até 1 salário mínimo (dependentes de pensão ou BPC), outras alcançaram maior estabilidade financeira (3 a 4 salários mínimos), com variações ligadas à escolaridade: desde o fundamental completo até pós-graduação, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 2 – Perfil das mulheres idosas entrevistadas.

NOME	IDADE	RAÇA	RESIDÊNCIA	ESTADO CIVIL	ORIENTAÇÃO SEXUAL	ESCOLARIDADE	RENDA	SITUAÇÃO ECONOMICA	RELIGIÃO
Garça	70 anos	Parda	reside sozinha	viúva	heterossexual	Fundamental completo	1 salário mínimo	pensionista	evangélica
Harpia	70 anos	Parda	reside com o filho	divorciada	heterossexual	segundo grau incompleto	1 salário mínimo	BPC	católica
Onça-pintada	68 anos	Parda	reside sozinha	viúva	heterossexual	fundamental completo	3 salários mínimos	pensionista	católica
Libélula	65 anos	Parda	reside sozinha	divorciada	heterossexual	superior completo	3 salários mínimos	aposentada	católica
Arara	70 anos	Parda	reside sozinha	viúva	heterossexual	pós-graduação completa	4 salários mínimos	aposentada	católica

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2025).

A Tabela 2 ajuda a vislumbrar a complexidade da feminização da velhice. Por um lado, a ausência de cônjuges (por opção ou circunstância da vida) e a residência solitária sugerem uma ruptura com o modelo tradicional de velhice feminina vinculada ao cuidado familiar, um fenômeno que dialoga com as teses de Goldenberg (2005) sobre a "revolução silenciosa" das mulheres idosas. Por outro, a baixa renda de metade das entrevistadas expõe desigualdades estruturais: mesmo divorciadas ou viúvas, mulheres com menor escolaridade permanecem em situação precária, dependentes de benefícios sociais.

Apesar de limitada, a renda proveniente de pensões ou benefícios assistenciais representa, para muitas dessas mulheres, a primeira experiência de autonomia financeira em suas vidas. Para Federici (2017), o controle sobre recursos materiais, mesmo modestos, é condição basilar para a emancipação feminina, pois rompe com a dinâmica da "dívida eterna" imposta pelo patriarcado, onde mulheres são levadas a trocar cuidados por sustento. No caso das entrevistadas, observa-se uma ironia histórica: são justamente as políticas de proteção à velhice (como aposentadorias e BPC) que lhes permitem, pela primeira vez, decidir como gastar seu dinheiro, escolher onde viver ou até mesmo optar pelo divórcio.

Todavia, como alerta Saffioti (2004), essa autonomia chegada ao fim da vida reluz o custo da opressão econômica sofrida décadas antes. Se as mulheres idosas tivessem tido acesso ao trabalho formal, educação financeira e salários justos em sua juventude, suas trajetórias poderiam ter sido reorientadas para contextos menos opressores e violentadores. Esse cenário exemplifica o que Federici (2017) chama de "o fardo reprodutivo do capitalismo": a velhice feminina pobre é, em parte, resultado de uma vida inteira dedicada a trabalhos invisibilizados (cuidado de filhos, maridos, pessoas idosas da família), sem acumulação de recursos próprios.

Quando a renda finalmente chega, geralmente em forma de aposentadoria ou pensão, já não é capaz de reparar todas as perdas acumuladas ao longo de uma vida marcada por privações e renúncias. As oportunidades que não foram acessadas no tempo certo, como o estudo, o trabalho formal ou a construção da autonomia financeira, tornam-se ausências difíceis de compensar. Onça-Pintada (69 anos, pensionista, viúva) reflete sobre essa questão ao explicar por que gostaria de ter trabalhado e exercido uma profissão que lhe garantisse independência:

Pra eu ter meu próprio dinheiro. Aí eu acho que eu não queria nem homem se eu tivesse minha profissão, legal. Era só descartável, sabe? E eu usava só. Aí no outro usava preservativo. Eu não tinha me acabado tanto assim. Que você com o marido, você tem que estar ali. Lava roupa, faz comida. Esse que morreu, ele não comia a mesma comida no outro dia não, era outra (Entrevista, 2025).

O relato de Onça-Pintada deslinda a transformação da intimidade na modernidade discutida por Giddens (1993). Seu arrependimento por não ter tido independência financeira denota como a autonomia econômica feminina redefine as relações afetivas: de destino obrigatório, como o casamento por sobrevivência, para escolha deliberada. Sua fala explicita o paradoxo de uma geração que vivenciou a transformação, mas não pôde usufruir dela a tempo.

As mudanças decorrentes da revolução sexual favoreceram o surgimento do "amor confluyente", modelo relacional ancorado na reciprocidade emocional e sexual, na autonomia

individual e na continuidade voluntária do laço, em contraste radical com o amor romântico tradicional que marcou a socialização das mulheres idosas em suas juventudes. Assim, apenas quando as mulheres têm controle sobre recursos materiais e simbólicos é que conseguem romper com a lógica da dependência (Giddens, 1993).

Logo, o prolongamento da sexualidade na velhice reflete a luz desses novos tempos, especialmente para as mulheres que dispõem de maior autonomia para decidir a configuração de seus relacionamentos afetivo-sexuais para fora dos cânones do amor romântico, por meio do qual foram socializadas no tempo de suas juventudes. É o que demonstra Arara (70 anos, aposentada, viúva), quando refere que os seus relacionamentos são raros, “primeiro, que eu não quero me envolver com ninguém, porque eu não quero mais fazer comidinha pra ninguém. Eu viajo muito. Saio com amigos. Estou bem assim” (Entrevista, 2025).

Ao priorizar viagens, amizades e a recusa ao trabalho doméstico não remunerado, Arara sintetiza o que Goldenberg (2004) identifica como um movimento inverso na vivência da velhice feminina contemporânea ao ratificar a transição do espaço privado para o espaço público como lugar de realização pessoal. Trata-se de uma revolução do eu, depois de anos dedicadas a relacionamentos que as desvincularam de si mesmas.

Ponce de Leão (2018) complementa essa perspectiva ao destacar que a recusa ao confinamento doméstico representa uma ruptura com o "destino biográfico" que durante décadas definiu a existência feminina. Muitas mulheres idosas estão reinterpretando a velhice como fase de autoapropriação, onde a sociabilidade com amigas e o cultivo de interesses pessoais substituem a obrigatoriedade tradicional dos laços conjugais.

Esse novo panorama vai de encontro ao estigma do envelhecimento e da velhice feminina, no qual Debert (1994) analisa que tem sido historicamente associado à perda de valor social, sobretudo em uma cultura que atribui o valor das mulheres com base na juventude, maternidade e no cuidado. A nova gestão de velhice e os avanços dos movimentos feministas contribuem para reorientar essa reconstituição da identidade de gênero das mulheres.

É o caso de Garça (70 anos, pensionista, viúva) que, após o falecimento do marido, optou pela reconquista de sua individualidade: “Eu ando pra todo canto, eu trabalho, eu me viro, pinto a minha casa, faço minhas coisas. Agora eu arranjar um homem, pra ele já vir doente? Eu não quero. Eu fico só, vou pra todo canto só” (Entrevista, 2025).

O discurso de Garça transgride as expectativas sociais do luto que se impunha à mulher viúva até o final de sua vida. Em outros tempos, o falecimento do esposo recobria a viúva de um enclausuramento social e afetivo-sexual como forma de resguardar a honra do marido, mesmo depois de falecido, e a preservação da imagem como mulher de respeito. O seu

posicionamento denota a ruptura com o ideal sacrificial do amor feminino.

Motta (2002) argumenta que se trata de um gesto de resistência cotidiana, onde a velhice não é sinônimo de reclusão, mas de autonomia, reinvenção e liberdade. Nesse sentido, o feminismo na velhice emerge como um exercício silencioso de recusa às normas que prescrevem à mulher um destino de servidão emocional, demonstrando que a velhice também pode ser um tempo de emancipação e autoafirmação.

A viuvez e o divórcio passam a se constituir para as mulheres idosas da geração atual um tipo de rito íntimo para o início da transformação da identidade de gênero feminina. Por durante muito tempo, esses eventos impeliam à mulher o fado da solidão e o apagamento de si. Onça-pintada (69 anos, pensionista, viúva) evidencia a conquista de sua liberdade após o falecimento do marido:

Após a morte dele foi que eu vim viver bem. Ele não deixava nenhum amigo ir na minha casa. Eu comprava cerveja e bebia sozinha. Eu dizia assim: ‘Eu vou chamar a Beltrana, eu vou chamar o Ciclano pra vir domingo pra cá, tanta cerveja aí pra beber, pra mim, pelo menos, ter com quem conversar’. ‘Não, não, tu vai tirar a minha privacidade’. Eu disse assim: ‘Minha vida inteira é aqui dentro, só cuidando de ti, fazendo comida. Eu preciso conversar com alguém’. Ele era muito assim, sabe? E parece que ele tinha medo de eu sair. Como ele era doente, ele tinha medo de eu sair e me encontrar com alguém, com um homem, entendeu? Aí eu dizia: ‘Não, assim também fica difícil pra mim, só cuidando de ti’. E hoje em dia, quando tá o verão, convido um monte de amigas. As que têm marido, vai; as que têm namorado, vai. A casa é grande, se ajeita pelo chão aí, pode dormir aí. E agora eu tô vivendo (Entrevista, 2025).

A fala da entrevistada dialoga com Goldenberg (2022), que analisa a viuvez e o divórcio como ritos de passagem capazes de transformar a identidade de gênero de mulheres idosas. Se antes eram socializadas para viver em função do marido e permanecerem isoladas após sua morte, hoje muitas encaram esses rompimentos como oportunidades de liberdade, autonomia e reconstrução de si.

Nesse processo de ressignificação, o envelhecimento feminino também pode abrir espaço para uma retomada da vida por meio do cuidado de si e da revalorização de aspectos pessoais antes silenciados, o que transparece no discurso de Libélula (65 anos, aposentada, divorciada, Entrevista, 2025): “Comecei a me cuidar mais depois da menopausa. Percebi que estava ganhando peso e me sentindo diferente. Quando me aposentei e passei a ter mais tempo, decidi ir à academia, fazer dieta e ir ao salão. Isso me fez sentir melhor”.

Essa retomada do corpo como lugar de investimento pessoal está diretamente relacionada ao que Goldenberg (2018) aponta como o desejo crescente das mulheres de se libertarem de padrões sacrificiais. Ao se permitir frequentar academia, fazer dieta e cuidar da

aparência, Libélula reconfigura seu lugar social, desafiando a ideia de que o envelhecimento feminino está obrigatoriamente associado à perda e à desvalorização.

Debert (1999) sublinha a importância dos programas voltados à população idosa, como os que incentivam práticas de saúde e bem-estar, que podem ser fundamentais para criar contextos favoráveis à reinvenção e à valorização do próprio corpo na terceira idade, como no caso de Garça (70 anos, pensionista, viúva, Entrevista, 2025), que compartilha dessa tendência ao referir sua participação em atividades comunitárias: “Amanhã eu vou. Eu tô participando do centro de convivência da pessoa idosa. Lá eu faço ginástica. É segunda e quarta.”

Já Onça-pintada (68 anos, pensionista, viúva, Entrevista, 2025) expressa como a vaidade permanece ativa na construção de uma imagem que lhe traz bem-estar: “É tudo vermelhinho (mostrando os lábios), tudo pintadinho. Eu gosto de me pintar quando eu saio, boto minha sombra, ajeito roupa, boto shortzinho jeans, é por aqui (apontando a altura acima do joelho). Eu não deixo a peteca cair, não.”

Essas mudanças partem de uma transformação da intimidade para o reposicionamento social das mulheres na velhice. Do outro lado, dos homens idosos, a velhice tem sido um tempo de pesar social e simbólico. A velhice masculina contemporânea configura-se como um terreno de contradições, no qual os pilares tradicionais da masculinidade hegemônica são progressivamente minados.

Os dados dos entrevistados nesta pesquisa (Tabela 3) enunciam padrões reveladores: todos se autodeclararam pardos, 4 em 5 dos homens idosos encontram-se sem cônjuge, 3 em 5 residem com familiares. Na análise socioeconômica, apenas Tamanduá (10 salários mínimos) mantém plena autonomia financeira, enquanto os demais sobrevivem com rendas entre 1 e 2 salários mínimos, provenientes de aposentadorias. Vejamos:

Tabela 3 – Perfil dos homens idosos entrevistados.

NOME	IDADE	RAÇA	RESIDÊNCIA	ESTADO CIVIL	ORIENTAÇÃO SEXUAL	ESCOLARIDADE	RENDA	SITUAÇÃO ECONÔMICA	RELIGIÃO
Taman- duá	74 anos	Parda	reside com família	solteiro	bissexual	superior completo	10 salários mínimos	aposentado	católica
Jacaré	64 anos	Parda	reside com família	casado	heterossexual	fundamental completo	1 salário mínimo	aposentado	católica
Peixe- -boi	68 anos	Parda	reside sozinho	divorciado	heterossexual	fundamental completo	2 salários mínimos	aposentado	católica
Boto	70 anos	Parda	reside com família	solteiro	homossexual	superior completo	1 salário mínimo	aposentado	católica
Tucano	68 anos	Parda	reside sozinho	viúvo	heterossexual	ensino médio completo	1 salário mínimo	aposentado	não possui

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2025).

O componente religioso (4 em 5) acrescenta outra camada de complexidade. A

moralidade católica tradicional, que conforme a PNAD (2024), ainda é dominante no Norte brasileiro, reforçando expectativas de masculinidade, que de acordo com Connel (2005), estão vinculadas à heteronormatividade e à chefia familiar, criando um descompasso cultural para homens idosos como Boto (homossexual) e Tamanduá (bissexual).

A velhice masculina configura-se como um território liminar onde se desvela a precariedade ontológica da masculinidade hegemônica. Os pilares que sustentam o ideal hegemônico mostram-se frágeis diante da implacável temporalidade biológica. Como elucida Connell (2005), a masculinidade não é um traço natural, mas uma construção social performativa. Quando o envelhecimento enfraquece esses ideais, para o homem idoso, a própria vida pode tornar-se um fardo insuportável.

Fora dos cânones da heteronormatividade, nos estudos sobre envelhecimento LGBT, destaca-se a vulnerabilidade pela rejeição familiar, perda de redes de suporte e internalização de estigmas. Conforme aponta Soares (2024), em Manaus, as pessoas idosas homossexuais vivenciam, em grande parte, a solidão, tanto resultante do etarismo quanto, predominantemente, dos lastros da LGBTfobia que marcam as suas histórias de vida. Esse isolamento é amplificado pela dispersão dos poucos vínculos afetivos que sustentaram suas trajetórias, criando uma velhice dissidente solitária e invisibilizada.

O uso das redes sociais tem se constituído enquanto uma importante ferramenta de sociabilidade para as pessoas idosas no enfrentamento da solidão. Plataformas como *Facebook*, *WhatsApp* e até mesmo aplicativos de encontros permitem que esses indivíduos mantenham contato com familiares, formem novas amizades e explorem interesses afetivos ou sexuais.

Boto (70 anos, aposentado, solteiro), que é homossexual, afirma já ter recorrido a aplicativos de relacionamentos em busca de companhia, mas se decepcionou ao perceber a fugacidade das relações. “Sim, eu usei, eu tive uma experiência, mas ele só visa dinheiro, né? E aí eu sou mais sentimento. Porque eu gosto de conversar” (Entrevista, 2025).

O relato de Boto expressa o interesse por vínculos mais profundos, que ultrapassem o interesse material e estejam fundamentados no afeto e na partilha cotidiana. Na tentativa de cultivar um vínculo afetivo, ele descreve como o uso de aplicativos de relacionamento por pessoas idosas, principalmente homens, costuma ser caracterizado por situações que são marcadas por interesses financeiros, em especial quando envolvem pessoas mais jovens em situação de vulnerabilidade econômica.

Os aplicativos de relacionamento trazem a promessa de um relacionamento duradouro, mas, muitas vezes, não passam de um cardápio digital para relacionamentos casuais. Se por um lado, os aplicativos de namoro ou *sites* de relacionamento são canais de aproximação de

pessoas, por outro lado, os interesses difusos liquefazem a possibilidade de vínculos profundos.

As pessoas idosas, que não nasceram nessa era digital, estão mais vulneráveis a golpes de extorsão em função da solidão e do isolamento. Tamanduá (74 anos, aposentado, solteiro), que se identificou como bissexual, fala da dificuldade em encontrar um parceiro na velhice, já que os relacionamentos têm no dinheiro a sua premissa maior. Vejamos:

Se tivesse interesse, eu acho que é só para tempo financeiro. Já vi tanto, eu leio tanto. E é só o interesse financeiro que existe nesse pessoal. Pelo menos o pessoal com quem eu conversei, sai dizendo: "Já comprei", "Já ganhei", sei lá. Uma questão mais de ganhos. Existe a prostituta que ganha dinheiro. Agora existem os caras que são Gigolô, que vive em função de dinheiro, não importa quem seja. O que importa é que ganhe dinheiro (Entrevista 2025).

O relato de Tamanduá, longe de ser uma particularidade da vivência LGBT, reflete uma transformação estrutural nas relações afetivas contemporâneas, conforme teorizada por Bauman (2004). Sua percepção de que os vínculos se reduziram a "uma questão mais de ganhos" fez com que o sociólogo afirmasse que os laços humanos se tornaram líquidos, um fenômeno que atravessa orientações sexuais e faixas etárias na pós-modernidade. Se Bauman via nisso o "mal-estar da pós-modernidade", o relato de Tamanduá sugere que a velhice contemporânea se tornou o estágio onde a liquidez dos afetos se revela com mais crueldade.

A era digital instaurou uma dinâmica relacional ambígua que, segundo Han (2022), caracteriza-se pela hiperconexão vazia. Essa lógica, que o autor denomina como ditadura do positivo, materializa-se nos aplicativos de relacionamento, onde corpos se convertem em mercadorias afetivas regidas pelo consumo imediato, resultando em "amores descartáveis": intensos em estímulos, porém efêmeros em significado.

Na velhice masculina, Ponce de Leão (2018) demonstra que homens idosos tendem a buscar relacionamentos afetivos sob duas lógicas distintas, porém interligadas: a autonomia na saúde e a dependência na doença. Segundo a autora, enquanto gozam de plena capacidade física e independência, muitos homens privilegiam relacionamentos livres e não vinculantes, marcados pela recusa ao compromisso afetivo estável. Porém, quando confrontados com a doença ou a iminência da morte, essa postura se transforma radicalmente, dando lugar a uma urgência por vínculos profundos para dividir dores, medos e a solidão diante da finitude.

No caso das pessoas idosas que descobriram o HIV em suas velhices, sujeitos dessa presente pesquisa, essas necessidades emocionais aparecem com mais força entre os homens, o que expõe a fragilidade do ideal de autossuficiência. Os entrevistados demonstram que, diante do HIV, a busca por um "porto seguro" se torna mais iminente, o que leva muitos a refletirem

sobre as biografias históricas de gênero que nortearam as suas práticas na esfera da intimidade.

Essa transformação, muitas vezes, ocorre tardiamente, quando as oportunidades de reconstruir vínculos significativos já se reduzira. Tucano (68 anos, heterossexual, Entrevista, 2025), que, apesar de ter narrado com certo orgulho que teve mais de cinco esposas e que traiu todas elas, revela um sentimento ambivalente que sugere um processo de revisitação subjetiva: “Depois a gente vai amadurecendo, vai começando a ter noção da vida de verdade. Hoje eu fico olhando pra mim, fico pensando. Eu nunca fui sincero. Nunca fui sincero com nenhuma delas”.

Este aparente arrependimento, contudo, revela-se uma reação ao choque entre a realidade da velhice e a expectativa masculina de receber cuidado feminino. Zanello (2023) auxilia na compreensão desse fenômeno ao teorizar que, após uma vida de relações assimétricas, nas quais a autonomia masculina era preservada e a fidelidade, facultativa, muitos homens esperam, na velhice, exatamente aquilo que por anos negaram às mulheres: dedicação incondicional e cuidado gratuito.

A crença de que as mulheres devem exercer um trabalho afetivo reparador, mesmo após traições ou abandonos sistemáticos, mostra-se particularmente perversa no contexto de condições crônicas como o HIV, onde a necessidade de apoio constante colide com a histórica falta de reciprocidade nas relações de gênero. Assim, homens idosos descobrem que a autonomia que valorizaram não os protege da solidão, e que as mulheres estão cada vez menos dispostas a cumprir o papel de cuidadoras compulsórias.

No caso dos homens LGBTs, o anseio por cuidado na velhice igualmente se manifesta, ainda que guiado por inquietações distintas. Soares (2024), ao descrever as cicatrizes de uma vida de rejeições, violências e silenciamentos no seio familiar, elucida como, diante da finitude e do declínio da saúde, idosos homossexuais enfrentam o temor dilacerante de morrer sós: sem afeto, sem presença e sem um olhar que acolha seus últimos dias. Não é apenas a dor do corpo que assusta, mas a possibilidade de um fim marcado pelo abandono e pela discriminação.

Nessa tessitura, Debert (1999) chama a atenção para como os programas voltados à pessoa idosa, ao promoverem atividades coletivas, sociabilidades e sentidos de participação ativa, ajudam a desfazer a imagem da velhice como destino de passividade e marginalidade. Embora majoritariamente conte com a presença de mulheres, esses espaços podem oferecer, também aos homens, a possibilidade de reconfiguração da masculinidade, em especial quando suas trajetórias foram marcadas por silenciamentos e exclusões afetivas.

Essa baixa adesão do público masculino pode estar ancorada em construções culturais descritas por Salgado (2002): em contraste com a velhice feminina, muitas vezes associada à decadência, a masculina é socialmente percebida com maior benevolência. Homens idosos são

comumente vistos como "charmosos", "experientes" e "seguros", atributos que prolongam seu capital simbólico no campo afetivo-sexual. Consequentemente, a busca por espaços de reafirmação subjetiva torna-se menos urgente para eles.

Porém, entre os homens vivendo com HIV, esse ideal entra em conflito com o corpo adoecido, que desafia a imagem da virilidade preservada. O diagnóstico impõe a esses homens um novo tipo de atenção à própria aparência, não como vaidade fútil, mas como estratégia para escapar da figura do “doente”, do “frágil”. Boto (70 anos, aposentado, solteiro) narra:

Mas eu sou muito cuidadoso comigo. Eu passo óleo Paixão, uso creme hidratante, essas coisas. Só que, quando o parceiro é homem mesmo, sabe? Às vezes, ele não tem muito esse hábito de cuidar do corpo. Aí, acaba não acontecendo, porque eu sinto uma rejeição com o meu corpo. E quando é assim, o cara não vai. Tudo bem, mas a gente também tem que agradar o parceiro (Entrevista, 2025).

Nesse trecho, o cuidado com o corpo adquire uma função existencial. Trata-se de uma tentativa de manter-se desejável, não apenas para o outro, mas também para si mesmo; uma reafirmação de identidade em meio à vulnerabilidade. Como sugere Badinter (1993), a masculinidade tradicional ancora-se em símbolos de força, autossuficiência e autoridade; logo, manter uma imagem de vigor físico é uma maneira de sustentar o próprio reconhecimento como “homem”, mesmo diante da fragilidade que o HIV pode impor.

No caso de Boto, essa necessidade é ainda mais acirrada pelo fato de sua orientação homossexual, o que o insere em uma dupla camada de estigmatização: ser gay e viver com HIV. Essa combinação histórica, como analisa Perlongher (1987), vincula a homossexualidade à imagem do “doente”, do “perigoso”, do “contaminado”, o que, consequentemente, impõe aos homens gays uma vigilância contínua sobre o corpo e os modos de apresentação pública, como forma de se dissociar desse imaginário opressor. A aparência, nesse sentido, torna-se escudo contra o preconceito e ferramenta de reconstrução simbólica.

No entanto, o zelo com a aparência não é exclusividade de homens vivendo com HIV. Este fato tem se mostrado uma tendência cada vez mais visível entre os homens em geral, como demonstra a reportagem “*Vaidade Masculina*”, do *Profissão Repórter* (2025), ao retratar o aumento da procura por procedimentos estéticos, academias e tratamentos capilares entre homens de diferentes idades — incluindo os idosos. A busca por vitalidade e juventude do corpo tem mobilizado esses sujeitos a uma estética da potência, muitas vezes conectada ao ideal de masculinidade ativa, vigorosa e dominante.

Apesar desse investimento crescente na própria aparência, que pode indicar uma ruptura parcial com os paradigmas tradicionais da masculinidade, em que o cuidado estético

era lido como atributo feminino, os modos como os homens vivenciam sua sexualidade ainda carregam marcas de uma formação de gênero rigidamente normatizada, o que também se estende às trajetórias das mulheres idosas.

O culto à juventude e à potência física convive, ambigualmente, com práticas sociais que desembocam na inexistência ou na baixa adesão às medidas de prevenção sexual, revelando aprendizados de gênero que acompanham esses sujeitos ao longo da vida. Nesse sentido, tanto homens quanto mulheres idosas se veem atravessados por discursos, silenciamentos e permissividades que historicamente influenciaram o exercício da sexualidade e cujos efeitos ainda incidem com força na velhice.

2.2 Atravessamentos genderizados no aprendizado da sexualidade de homens e mulheres

A sexualidade é uma dimensão da existência humana que acompanha o indivíduo desde a tenra idade até o último estágio do ciclo da vida. Todavia, de acordo com Ponce de Leão (2018, p. 13), é um assunto cercado por interditos, especialmente quando se relaciona às pessoas idosas, “que supostamente estariam desvencilhadas ou excluídas da atividade sexual”.

Nesse mesmo espectro, Foucault (1988) assinala que a sexualidade se encontra circunscrita por tabus, produtos de construções histórico-sociais que determinam tanto o que se pode pronunciar quanto quem detém a legitimidade para falar a respeito. Na história da humanidade, a sexualidade tem sido objeto de intensos discursos, sempre submetidos à biopolítica do poder hegemônico que regula e disciplina seu exercício.

Para aprofundar essa reflexão, impõe-se, crucialmente, a distinção entre sexualidade e ato sexual, pelo fato da recorrente confusão entre esses conceitos, que cria uma compreensão reducionista que limita a sexualidade ao contato genital. Bozon (2004), na contramão desse pensamento, consideravelmente comum e popular, diz que a sexualidade é muito mais complexa do que grande parte das pessoas imaginam, pois se manifesta através da corporificação do prazer, ou seja, extrapola a genitalidade e adota múltiplas formas de expressão através de todo o corpo. Assim, reduzir a sexualidade ao ato sexual é empobrecer sua complexidade.

Para Rubin (1975), a sexualidade é, antes de tudo, uma construção idealizada por dispositivos socioculturais, não sendo um impulso natural e puro, pelo fato de que, desde o nascimento, o ser humano já é imerso, meticulosamente, em normas e expectativas que regem suas experiências públicas e íntimas.

Esses mecanismos políticos de conformação da sexualidade estão capilarmente

disseminados nas instituições sociais, no qual Foucault (1998) descreve que se manifestam de forma difusa, permeando corpos, desejos e práticas cotidianas. Para o autor, a sexualidade também não é mera expressão biológica, mas um campo de disputa entre controle e resistência, estruturado por discursos médicos, jurídicos, religiosos e sociais.

A sexualidade é, portanto, uma arena tensionada por interesses políticos, um campo em constante negociação, organizado entre o que é considerado legítimo ou desviante. Sua constituição integra a identidade dos sujeitos e é vivida como um aspecto essencial da humanidade, embora resulte de um processo de construção social contínuo. Nesse sentido, Bozon (2004, p. 13) corrobora dizendo que:

A construção social tem um papel central na elaboração da sexualidade humana. Enquanto a programação biológica continua sendo predominante na sexualidade animal, os homens, como ‘animais desnaturados’ que se tornaram, já não sabem mais se comportar por instinto. Eles não só necessitam de um aprendizado social para saber de que maneira, quando e com quem agir sexualmente, como não conseguem agir sem dar um sentido aos seus atos. [...] Assim, na maioria das sociedades, a sexualidade tem um papel importante não apenas na legitimação da ordem estabelecida entre os sexos, como também na representação da ordem das gerações.

Ao postular que a sexualidade legitima a hierarquia entre os sexos e as gerações, Bozon (2004) remete a um regime normativo que transcende o âmbito do desejo, operando como mecanismo estruturante da ordem social. A sexualidade é convocada enquanto dispositivo regulador, onde se cristalizam imperativos de heterossexualidade compulsória e idealização da juventude, ao passo que corpos dissidentes ou senescentes são relegados à abjeção e ao silenciamento. Nesse quadro, o direito ao prazer, à agência e ao reconhecimento afetivo-sexual é rigidamente circunscrito por preceitos etaristas e cisheteronormativos.

Os discursos e as performances da sexualidade não estão desvinculados do contexto das relações de poder de gênero. O aprendizado sócio-histórico da sexualidade e as suas formas de legitimação ao longo do tempo têm atuado no sentido de reafirmação da dominação masculina. De acordo com Bourdieu (2016, p. 34), “o ato sexual é pensado em função do primado da masculinidade”. Desse modo, a sexualidade tem sido um parâmetro de valorização e desvalorização de homens e mulheres na sociedade.

Para Scott (1986), o gênero configura-se como um sistema simbólico que estrutura a apreensão das diferenças corpóreas e regula as interações sociais, constituindo-se numa categoria analítica que transcende as distinções biológicas entre homens e mulheres. O cerne reside nos significados culturais atribuídos a essas diferenças, que sustentam relações hierárquicas de poder.

Em diversas culturas, essas distinções são representadas binariamente e hierarquizadas, com o masculino ascendendo a posições de protagonismo e o feminino relegado à marginalidade, configuração esta persistente ao longo da história. Assim, a simbologia cultural, tanto tradicional quanto erudita, naturaliza a supremacia masculina (Bozon, 2004).

Bourdieu (1999) atesta que a perpetuação e naturalização dessa desigualdade se consolidou como uma “ordem natural”, tida como verdade absoluta e, consequentemente, é irreversível. Ela é produzida e reproduzida culturalmente, sendo legitimada por práticas e discursos que revestem a divisão sexual e os papéis de gênero, ocultando sua historicidade e contingência. Essa lógica fundamenta-se primordialmente na interpretação das diferenças biológicas, notadamente as genitais: o falo, externo, simboliza a esfera pública, o poder e a atividade; a vagina, interna e retraída, associa-se ao recato, à domesticidade e à passividade.

Junta-se à essa concepção, as narrativas religiosas que frequentemente invocam a vontade divina para justificar a subalternização feminina e a supremacia masculina, apresentando a desigualdade não apenas como natural, mas como expressão de racionalidade e ordem, convalidando essa estrutura em detrimento de sua problematização (Lagarde, 1996).

Saffioti (2004) delimita que o sistema de poder vigente se caracteriza como patriarcado: um regime de dominação masculina emergido por volta de 3100 a.C., consolidado em 600 a.C., sendo como uma estrutura histórica relativamente recente diante da ancestralidade humana, mas que, longe de ser um vestígio ancestral, é um sistema dinâmico e persistente, que se propaga tanto nas esferas íntimas e domésticas quanto nas públicas e institucionais, incluindo o Estado e o direito.

Assim, a desigualdade de gênero se infiltra na constituição da subjetividade, permanecendo apesar das conquistas femininas em espaços tradicionalmente negados. O que aparenta ser natural e espontâneo é, na verdade, produto de construções sociais internalizadas e invisibilizadas. A sexualidade, embora percebida como dimensão íntima e inata, é igualmente talhada por normativas e preconceitos socialmente sedimentados.

Nolasco (1993) amplia o debate ao indicar que os homens, embora beneficiários da ordem patriarcal, também padecem suas imposições. O privilégio masculino impõe uma conformidade rigorosa às normas institucionais da masculinidade, impondo-lhes um custo opressivo, que pode assemelhar-se à subordinação feminina. Desse modo, ambos os gêneros se confinam como vítimas distintas da estrutura patriarcal.

Esse desalinhamento em relação ao ideal normativo da masculinidade manifesta-se de múltiplas maneiras, desde a inaptidão para sustentar financeiramente uma família até a expressão de emoções consideradas “femininas”, como a vulnerabilidade e o afeto. Ponce de

Leão (2021) explana que essa realidade decorre do enlaçamento da masculinidade hegemônica com o advento do capitalismo industrial, período em que o homem passou a ser valorizado essencialmente por atributos como racionalidade, produtividade e frieza emocional, qualidades funcionalmente ajustadas à lógica capitalista de eficiência e controle.

Dessa maneira, Connel (2005) infere que homens que não correspondem aos códigos viris de força, autonomia e heterossexualidade compulsória tornam-se alvos de sanções simbólicas e materiais, como o escárnio, a exclusão e, em casos extremos, a violência física. Essa ruptura com a ortodoxia da masculinidade atinge, sobretudo, homens pobres, racializados, homossexuais, transexuais ou em situação de adoecimento, que, por não incorporarem o ideal do “provedor invulnerável”, são marginalizados da gramática dominante do ser homem.

A sexualidade ocupa papel central na sustentação dessa lógica. Ser reconhecido como homem implica, primordialmente, ser percebido como sexualmente potente. Essa expectativa impõe o afastamento de traços associados ao feminino, como passividade e sensibilidade, e a conformidade a normas que exaltam força, autoridade e voracidade sexual. A masculinidade, nesse sentido, não é apenas uma identidade, mas uma construção social continuamente reafirmada por práticas de dominação sobre os outros e sobre si próprio (Bourdieu, 1999).

Sob essa ótica, a máxima de Beauvoir (2018) de que “não se nasce mulher, torna-se mulher” aplica-se também ao universo masculino: não se nasce homem, torna-se homem. Badinter (1993) aprofunda esse argumento ao mostrar que, para ser legitimado como homem, o menino precisa convencer a si mesmo e aos outros de que não é uma mulher, tampouco uma criança ou homossexual. Diversos ritos marcam essa trajetória de afirmação masculina.

Na realidade amazônica, por exemplo, são conhecidos os ritos de passagem entre povos indígenas que atestam a transição da infância à idade adulta no sexo masculino. Entre os Sateré-Mawé, o Ritual das Tucandeiras destaca-se como um dos mais emblemáticos. Carvalho (2015) descreve que a iniciação é voluntária, permitida a partir dos oito anos. No ápice da cerimônia, as mãos do jovem são inseridas em uma luva de palha trançada, repleta de formigas tucandeiras (*Paraponera clavata*) presas pelo abdômen, cujas ferroadas provocam uma dor intensa por até vinte e quatro horas. Ao fim, o iniciado conquista o respeito da comunidade, passa a ser reconhecido como guerreiro e assume funções como caçar e proteger seu povo. Sua dor é consagração: inscreve-o na tradição e na coletividade.

Se, para alguns povos indígenas, a dor ritualizada marca a entrada no universo adulto, no contexto ocidental heteropatriarcal, principalmene em espaços urbanos e rurais brasileiros, o rito de passagem masculino adquire, frequentemente, contornos sexualizados e violentos. Del Priore (2014) explica que, historicamente, era comum que a iniciação sexual dos meninos

ocorresse por meio de relações com prostitutas, mulheres pobres ou filhas de empregadas, vistas como corpos disponíveis e descartáveis. Estimulada por figuras masculinas da família, essa prática reafirmava a virilidade e naturalizava a dominação sobre corpos femininos vulneráveis, objetificando a mulher e cristalizando a sexualidade masculina como instrumento de poder, herdado de uma tradição machista e colonial.

É nesse alicerce patriarcal que se estrutura a masculinidade hegemônica, sustentada por um comportamento altivo, dominante, heroico e provedor. Jacaré (64 anos, heterossexual) expressa esse modelo ao afirmar: “ser homem quer dizer que você é masculino, tem forças. O homem tem que ser forte, tem que ser machão para ser homem, tem que saber andar, saber sentar” (Entrevista, 2025).

Como homem heterossexual, Jacaré indica que ser homem é mais do que nascer com o sexo biológico masculino: é merecer o falo. Se o macho nasce biologicamente forte (“tem forças”), ele deve provar continuamente essa força (“tem que ser forte”) por meio de condutas que confirmem sua masculinidade perante os outros. Ponce de Leão (2018) observa que o falo opera como símbolo de poder. Não basta nascer com o pênis, é necessário demonstrar que se é digno dele, o que garante status na lógica heteropatriarcal.

O tronco patriarcal da masculinidade não regula apenas a identidade dos homens heterossexuais. Homens gays, bissexuais e transexuais também estão submetidos aos seus referenciais, embora possam ressignificá-los. Tamanduá (74 anos, bissexual, Entrevista, 2025) exemplifica essa tensão ao dizer: “Eu tenho muita responsabilidade em todo sentido. No sentido familiar, no sentido de prover. De prover e continuar, principalmente dentro de casa, dar exemplo para as pessoas que convivem com você, no caso, masculino, feminino, não”.

O desfecho de sua fala sinaliza que o “exemplo” que deseja oferecer se dirige primordialmente a outros homens. Ao enfatizar sua responsabilidade e papel de provedor, Tamanduá se reinscreve nos códigos da masculinidade hegemônica, da qual é parcialmente alijado em razão de sua bissexualidade. Como constata Louro (2018), mesmo aqueles que não se alinham aos ditames normativos do masculino permanecem sob sua égide, e frequentemente internalizam seus imperativos como expediente de reconhecimento entre os pares.

De acordo com Bourdieu (1999), a força aparece como um traço inerente ao homem, não apenas como potência física, mas como expressão de autoridade, provisão e comando no espaço familiar. Ao reivindicar essas qualidades, Tamanduá busca se alinhar à ordem viril dominante e atenuar os efeitos do estigma sobre masculinidades dissidentes, reelaborando sua identidade de modo respeitável no campo simbólico masculino.

A virilidade sexual é também central na construção da masculinidade, sendo o

exercício da sexualidade um rito de passagem fundamental. Del Priore (2014) aponta que a legitimação social do homem passa, em grande medida, pela demonstração de sua capacidade de se relacionar afetivo-sexualmente. É o que revela Boto (69 anos, homossexual): “ser homem, maninho, seria assim, namorar, mostrar pra família [...]”.

Zanello (2022) reforça que a participação ativa na esfera sexual constitui uma forma de validação da masculinidade. Em sociedades patriarcais, o desempenho sexual e a multiplicidade de parceiras são vistos como evidências de virilidade legítima, transformando a sexualidade em um rito social de prestígio.

Nesse contexto, Pateman (2021) argumenta que os homens operam uma distinção estrutural entre a “esposa legítima” e as demais mulheres, que ocupam lugares secundários ou descartáveis na dinâmica da sexualidade masculina. Essa distinção está presente na fala de Tucano (68 anos, heterossexual, Entrevista, 2025), ao afirmar que “era muito mulherengo” e que “esposa, eu tive cinco. Mas casei só com uma. Foi a mãe dos meus filhos”.

Ao distinguir a mulher com quem contraiu matrimônio das outras com quem se relacionou, Tucano reproduz o que Pateman (2021) descreve como contrato sexual, fundacional à ordem patriarcal: a esposa “legítima” é aquela sobre a qual o homem exerce posse legal e com quem tem filhos, enquanto as demais mulheres são percebidas como objetos de satisfação sexual fora do contrato formal.

Desse modo, o casamento, para muitos homens, não se inscreve nos marcos da monogamia, já que esta não se coaduna com o imperativo da virilidade imposto como testificação da masculinidade, o que requer o exercício irrestrito da vida sexual. Como refere Zanello (2022), na sociedade heteropatriarcal, quanto mais relações sexuais os homens tiverem, maior será sua valorização social, como orgulha-se Tucano (68 anos, heterossexual, Entrevista, 2025): “traí todas elas. Eu era muito saidinho. No dia que eu casei, dormi com outra. Casei, ela bebeu, eu saí e fui dormir com outra, lá no hotel. Quando eu era jovem, não tinha exceção de mulher. Ganhava bem, a gente se envolvia mesmo, tava nem aí”.

A conjugação entre sexo e dinheiro, além de conferir uma posição de poder aos homens, estabelece a objetificação sexual das mulheres como corpos-mercadoria, sujeitos à exploração sexual, suscetíveis a diversas formas de violência para a reafirmação da virilidade. Federici (2017) descreve que a dominação masculina se articula à lógica capitalista por meio da apropriação do corpo feminino, reduzido à função sexual e reprodutiva em benefício da ordem patriarcal. O poder sexual masculino não se dissocia do poder econômico, sendo o corpo feminino o principal território de exercício e reafirmação dessa dominação.

No entanto, as formas como esse imperativo de virilidade se manifestam variam

conforme as orientações sexuais, gerando tensões e contradições. Se para os homens heterossexuais a virilidade sempre se constituiu como um ditame para a testificação da masculinidade, orientada nem sempre por um real desejo sexual, mas, fundamentalmente, pela obrigação. Zanello (2018) ressalta que, para os homens homossexuais, essa imposição era como uma violação à sua sexualidade, uma vez que se relacionar sexualmente com mulheres era para se alinhar as expectativas sociais de familiares, como conta Boto (69 anos, homossexual):

Sempre fui solteiro. Mas namorei, tudinho. A minha mãe era uma mulher sofrida, tinha batalhado pra criar a gente, e aí, caraca, mano, eu não tinha coragem de assumir. E aí namorei com menina, tudinho, mas não gostava. Eu fazia aquilo, fazia mais pra agradar ela, a família, porque todo mundo era conservador, aquela baboseirada. Ah, meu maninho, eu tive que andar na linha. Mas, a família, o pessoal comentava: ‘olha, o menino, o fulano tal, não vive com ninguém, nenhuma namorada, será que ele é homossexual? ele é gay? não sei o quê,’ quer dizer, você tinha que mostrar, o que eu acho uma baboseira. Hoje em dia eu acho uma leseira, mas no meu tempo, no meu tempo, não. A minha mãe era muito maravilhosa, sempre foi maravilhosa, mas, sei lá, ela nos cobrava, nos cobrava esse negócio, você ir namorar com mulher, a minha irmã namorar com homem, aquela coisa, entendeu? (Entrevista, 2025).

A fala de Boto (69 anos, homossexual) transmite o peso da pressão social sobre a heteronormatividade como fundamento da identidade masculina, conforme os cânones patriarcais que valorizam não apenas a exibição pública de relações heterossexuais, mas também, como aponta Connell (2005), a capacidade reprodutiva como atributo central da virilidade. A geração de filhos, nesse contexto, constitui um capital simbólico reconhecido tanto no âmbito familiar quanto entre os pares masculinos.

Bozon (2004), ao analisar a realidade da antiguidade greco-romana, percebeu que a liberdade sexual das mulheres estava restrita à reprodução dentro do casamento, enquanto os homens desfrutavam de uma liberdade quase ilimitada, desde que as suas ações não ameaçassem a sua posição social. Os homens podiam se engajar em relações extraconjugais e manter relações com escravos e escravas, desde que não se deixassem ser penetrados ou cavalgados⁷ por uma mulher, pois isso os equipararia aos considerados inferiores. Embora essa análise retrate um contexto histórico de uma sociedade particular, nota-se que os mesmos valores atravessam o tempo e se espriam por diferentes tipos de sociedades.

No Brasil, Louro (2018) argumenta que práticas homoeróticas podem coexistir com a identidade heterossexual masculina, desde que o sujeito mantenha a posição ativa. Penetrar

⁷ Bozon (2004) elucida que o termo "cavalgados" é uma expressão coloquial que remete à prática sexual na qual o homem ocupa uma posição sexual passiva ou dominada, seja sendo penetrado ou sendo submetido à condução ativa da relação por parte da parceira. No contexto social patriarcal e hierárquico, essa posição era vista como submissão sexual, associada à perda de prestígio e status.

não compromete a virilidade; ser penetrado, sim, por remeter à feminilidade e à homossexualidade. Esse modo de pensar confirma a persistência de um modelo patriarcal em que a masculinidade está ancorada no domínio e no controle, mesmo quando atravessada por desejos que escapam à norma.

A heteronormatividade impõe, além de constrangimentos simbólicos, violências concretas. Jacaré (64 anos, heterossexual) relata que sua sexualidade foi forjada sob ameaça física: “tinha de seguir aquela regra... senão te batia, te mata, te expulsa de casa”. A genitalização do sexo, nesse cenário, impõe limites severos ao desejo, submetendo os homens a um script marcado pelo medo. “Sempre com medo também, né? De se eu pular pra cá, eu vou apanhar, não vou voltar mais pra casa, não vou ter mais família. Então segui aquilo” (Idem).

Os relatos de experiências homoeróticas tendem a ser associados ao tempo da juventude, um tempo socialmente autorizado para transgressões. Mesmo se identificando como bissexual, Tamanduá (74 anos) apresenta sua trajetória como algo desviante do passado, uma “procura satânica”, segundo suas palavras: “Não, foi antigamente, lá na juventude, agora não tem nada a ver”. Ainda assim, demonstra sentir desejo por homens, ao comentar: “esse pessoal bombado, da academia... você diz assim, acha bonito? Claro, é natural. Mas parou por aí”.

Com base em Henning (2020), Tamanduá compreende que a homoafetividade é um luxo que pertence à juventude, por ser uma fase associada à liberdade sexual e à experimentação, particularmente para os homens. Nessa lógica, o desejo homoerótico é visto como desvio momentâneo ou expressão da virilidade. Já a velhice tende a ser representada como tempo de recato e heterossexualidade compulsória.

Essa lógica é aprofundada por Soares (2024), ao mostrar como a articulação entre idade, raça e classe define quem pode se assumir. Idosos LGBTs negros e pobres enfrentam marginalização intensa, geralmente sem redes de apoio que legitimem suas vivências. A velhice os empurra para a invisibilidade, e a LGBTfobia estrutural os obriga ao silêncio. Por outro lado, indivíduos brancos e de classe média contam com recursos que possibilitam maior autonomia para viver sua sexualidade, ainda que de forma discreta.

A Parada do Orgulho LGBTQ+ de São Paulo de 2025, ao adotar o tema “Envelhecer LGBTQ+: Memória, Resistência e Futuro”, trouxe à tona uma pauta historicamente negligenciada: o envelhecimento LGBTQ+. O evento marcou simbolicamente a presença de sujeitos ainda pouco visíveis nas lutas por direitos.

Essa discussão exige romper com a centralidade da figura do “homem gay branco” e reconhecer travestis, lésbicas, pessoas trans, bissexuais, não-binárias e corpos racializados, cujas experiências de envelhecimento são penetradas por múltiplas opressões. A Parada de 2025

representa não apenas um avanço, mas um convite a aprofundar a interseccionalidade no debate. Envelhecer como pessoa LGBT não constitui uma experiência única, mas uma vivência marcada por desigualdades de gênero, raça, classe e identidade (Soares, 2024).

A LGBTfobia internalizada aparece como uma das expressões mais sutis e dolorosas da opressão vivida por pessoas idosas LGBTs, notadamente nos relacionamentos afetivo-sexuais. Muitas vezes, esses vínculos são vividos em segredo, restringindo-se ao espaço privado para evitar julgamentos ou violências. Nesse sentido, Boto (69 anos, homossexual) afirma que a sexualidade de pessoas idosas LGBTs deve se manter no terreno do anonimato de modo a evitar o preconceito social e manter o respeito próprio. Vejamos:

Olha, eu acho feio, digamos assim, se eu tivesse uma pessoa, assim, um parceiro, andar de mãos dadas na rua, sei lá, eu não acho legal, entendeu? Eu não concordo. Eu acho assim, entre quatro paredes, maravilhoso. Sair dali já é um outro mundo, porque você vai conviver com outras pessoas, e as pessoas não têm a mesma cabeça, não têm o mesmo pensamento que o seu, entendeu? Uma pessoa pode achar bonito dois homens se abraçando, de mão dada. Não é preconceito, mas, não, para mim, eu não acho legal. Eu já andei com parceiro, a gente conversava, tudinho, numa boa, mas porra, não é brincadeira, sem negócio de toque, essas coisas. Eu que estou falando, eu que não gosto, eu não me aceito assim (Entrevista, 2025).

Constata-se que o estigma não só vem do exterior, mas é internalizado, orientando condutas. Consoante Goffman (2004), para Boto, o afeto homoafetivo representa uma marca que abala sua dignidade pública, aceito apenas “entre quatro paredes”. Essa cisão entre o íntimo e o social impõe uma autovigilância para preservar o “respeito próprio” pela adesão a padrões heteronormativos. A identidade é performada com tensão, em constante negociação com o olhar alheio, processo particularmente oneroso para pessoas idosas LGBTs.

Tal limitação ultrapassa o âmbito da homoafetividade e afeta a experiência do desejo masculino como um todo, já que os homens aprendem a dissociar afeto de sexualidade. O *habitus* masculino, na formulação de Bourdieu (1999), consiste em disposições socialmente arraigadas que orientam percepções, sentimentos e comportamentos. Ao internalizá-las, os homens tornam-se reprodutores das normas que os subordinam, participando da manutenção de um ideal de masculinidade que os restringe tanto quanto oprime as mulheres.

A experiência feminina, por sua vez, é constituída sob o mesmo regime patriarcal, que a posiciona em relação hierárquica de inferioridade. Como aponta Beauvoir (2018), a mulher é construída como um “Outro” subordinado ao masculino, com sua identidade derivada da do homem e não de si própria. Essa objetificação reduz sua autonomia e subjetividade, impondo-lhe um destino pautado pela heteronomia.

No contexto brasileiro, persiste a metáfora da alimentação como representação da

dependência social e sexual das mulheres, ainda que a função procriativa tenha perdido centralidade. A lógica do “comer/dar” estrutura uma visão do comportamento sexual em termos de atividade e passividade, com forte associação aos papéis de gênero. Quando a penetração se coaduna à violência, o ato sexual é figurado como combate: a mulher torna-se a fortaleza invadida, o corpo vulnerável à dominação (Bozon, 2004).

Del Priore (2014) traça a trajetória histórica das mulheres reduzidas ao espaço doméstico e à obediência, privadas da autonomia sobre seus corpos e desejos. As normas sociais não apenas ensinaram as mulheres a se verem pela ótica da submissão, mas também instituíram um sistema de controle em que desvios da sexualidade normativa são punidos.

As penalidades são assimétricas. Enquanto os homens, embora pressionados a exibir virilidade, desfrutam de maior liberdade sexual, as mulheres só são legitimadas quando cumprem papéis reprodutivos e conjugais. Seus desejos, quando não ignorados, são relegados ao âmbito do cuidado e da abnegação. Esse modelo transparece no relato de Onça-Pintada (68 anos, heterossexual), ao descrever suas vivências com os dois ex-maridos:

Eu sempre quis trabalhar, mas nenhum dos dois me deixaram trabalhar. O primeiro: 'Não, mulher minha não trabalha. Mulher minha é pra ficar em casa, lavar, passar e cozinhar e cuidar dos filhos.' O segundo já era mais esclarecido, mas não deixou trabalhar também. Ele me dava uma mesada todo mês. Mas nunca deixou. Até hoje a minha carteira de trabalho nunca foi assinada (Entrevista, 2025).

Federici (2017) vincula a opressão feminina ao surgimento do capitalismo, destacando que o domínio sobre o corpo da mulher foi crucial para a formação do sistema econômico moderno. Nos séculos XVI e XVII, instaurou-se um regime disciplinar que naturalizou e desvalorizou o trabalho reprodutivo e doméstico, transformando-o em atividade essencial à acumulação capitalista, porém não remunerada. A caça às bruxas exemplifica a violência sistemática empregada para subjugar saberes femininos.

Dessa forma, a sexualidade feminina foi confinada a um espaço de controle e obediência, onde estas eram socializadas a reprimir seus desejos e a manter comportamentos que assegurassem pureza e decoro, requisitos para serem consideradas dignas de um bom casamento. Libélula (65 anos, heterossexual) compartilha em sua fala a expectativa que dominava sua juventude: o ideal de se casar virgem, um pré-requisito para a sua valoração moral, conforme demonstra:

Era o tabu da família, né? Minha mãe sempre falava que mulher tinha que casar virgem, e eu segui isso. Tinha muito medo de ter relação sexual quando era mais nova, porque ficava mal falada, a família falava, os vizinhos, os amigos, aquela coisa toda.

Naquele tempo era assim, acho que até hoje ainda tem um pouco disso. Então tentei me preservar até o casamento como minha mãe sempre falava. Ela sempre citava exemplos próximos. "Fulana engravidou antes do casamento, cuidado!" Então, ela sempre nos alertava para termos cuidado.

A virgindade constituía um valor categórico que demarcava as mulheres dignas de respeito daquelas destinadas ao mero gozo sexual masculino. As primeiras eram merecedoras do casamento, que as ascendia socialmente, legitimado pela moral religiosa. Onça-Pintada (68 anos, heterossexual) relata que a noção do casamento, desde a infância, era imbuída de idealizações românticas: “Eu sonhava assim desde criança: poxa, eu quero arrumar um namorado, quero casar, quero ter dez filhos. Olha que lesa. Casar na igreja, de branco, aquele véu, tudo. Era meu sonho” (Entrevista, 2025).

Segundo Ponce de Leão (2018), o patriarcado forjou a socialização feminina para que o matrimônio se constituísse não apenas como aspiração individual, mas como imperativo existencial; a via exclusiva para a legitimação social, segurança material e cidadania, em contextos que negavam autonomia econômica às mulheres.

Para Del Priore (2014), essa busca ocultava a ilusão de ser o único caminho para a felicidade e realização plena, enquanto muitas mulheres suportavam abusos físicos e psicológicos, além de carregar a culpa por desavenças conjugais. A resplandecência da perfeição aparente velava um sofrimento inaudito, em que submissão e sacrifício preservavam a fachada e o prestígio social.

A idealização que envolvia Onça-Pintada desvaneceu-se ante experiências permeadas por infidelidades e violências: “Eu larguei meus pais com 17 anos pra viver com esse primeiro. Eles não queriam. Aí o que que eu fiz? Saí e não voltei mais. Aí com um ano ele já começou a me trair” (Entrevista, 2025). Essa trajetória desvela os escombros do amor romântico, concebido como promessa ilusória de completude. Hooks (2021) pontua que o amor, tal como inculcado às mulheres, é menos um encontro autêntico e mais uma doutrina velada de submissão, que as convoca a amar com devoção, confundindo a dor com prova de afeto.

A frustração materna, agravada por problemas de saúde, intensificou a vulnerabilidade frente ao desencanto: “Quando eu estava com o primeiro marido, eu fazia tratamento pra ter filho, porque a minha gravidez era tubária. Aí eu fazia tratamento e quase todo mês ele botava doença venérea em mim” (Onça-Pintada, Entrevista, 2025).

De modo cruento, a experiência de Onça-Pintada expõe a disponibilidade sexual imposta às mulheres no matrimônio. Pateman (2021) problematiza que o casamento tradicional estabelece relação de dominação, onde o corpo feminino é submetido à autoridade conjugal, e

a mulher é socialmente esperada a dispor de sua sexualidade sem autonomia plena, expondo-a a riscos como o contágio por IST.

A ausência de filhos biológicos desqualificou sua posição na relação, evidenciando como o valor feminino se vincula à maternidade (Del Priori, 2014): “Ele disse: ‘Não, já que tu não pode dar filho, pelo menos cria um menino pra me ajudar.’ Aí eu peguei o menino. Aí foi que ele começou a trair. Ele fez filho numa mulher. Então, a gente separou.” No segundo casamento, a infidelidade reapareceu com a chegada inesperada de uma filha: “Depois de casada com o segundo, anos depois a filha dele batendo lá na porta. Eu disse: ‘Quem é essa menina que diz que é tua filha?’ Ele disse: ‘É a filha de uma prostituta lá do Rêmulos.’ Eu disse: ‘O quê? E tu transava com a prostituta sem camisinha?’” (Onça-Pintada, Entrevista, 2025).

Apesar do rompimento com o primeiro marido, sua trajetória reflete a de muitas mulheres de sua geração, que permaneceram em relações marcadas por traições e violências. A continuidade do casamento, sustentada por valores religiosos e morais que naturalizavam o perdão ao cônjuge, legitimando a infidelidade masculina como “coisa de homem” e impondo à mulher o dever de manter a família, faz com que estas permaneçam em relações abusivas, revelando ser fruto de um aprendizado genderizado (Araújo, 2017).

Com o envelhecimento, o medo do julgamento social e a vergonha de estar só podem intensificar a dependência emocional, levando muitas a se submeterem a vínculos marcados por desrespeito e violência. É o que acontece com Arara (70 anos, heterossexual) que, mesmo após relatar as infidelidades do marido, incluindo o fato de ele ter lhe infectado com HIV antes de deixá-la para viver com a amante, retornando apenas quando já se encontrava gravemente doente, afirma o compromisso incondicional de estar com ele até à morte. Vejamos:

Eu acho que, quando você casa, mesmo que não seja lá com padre ou com o pastor, mas eu fiz um juramento. E eu gostava dele, casei, tive meus filhos. Menina, e assim, eu fiz a minha parte. Não sou revoltada. Eu pedia para as mulheres, quando elas começavam a esculhambar seus maridos aqui [na sala de internação a pacientes com quadro evoluído de Aids], eu dizia: “Vai pra casa, porque não adianta, tu não tá ajudando em nada, deixa que a enfermagem cuida.” Eu disse isso pra uma mulher (Entrevista, 2025).

Diante do discurso de Arara, se constata que o casamento atribui fortemente o peso da moral religiosa sobre o comportamento das mulheres, impondo a fidelidade, doação e cuidado incondicionais como atributos femininos na relação, que só devem romper com a morte sob pena da condenação eterna, em caso de transgressão. No âmbito da sociedade patriarcal, a dor e o sofrimento feminino são castigos herdados às filhas de Eva, que devem se conformar a esse destino de forma natural (Del Priori, 2014).

A partir da noção de pecado, fortemente internalizada, a sexualidade feminina foi cercada por proibições, sendo regulada pelos padrões da reprodução e da maternidade. Assim, o desejo feminino foi restringido e instrumentalizado como mecanismo de preservação da ordem patriarcal (Foucault, 1988).

Assim, Scott (1988) argumenta que a educação sexual foi esculpida para satisfazer os desejos masculinos, enquanto, para as mulheres, restringiu-se à reprodução e ao preparo para a maternidade. Esses interditos patriarcais sobre a sexualidade feminina sujeitaram mulheres a uma série de abusos e violências sexuais, gravidezes indesejadas, desconhecimento e repúdio à sua própria natureza cíclica, conforme destaca Garça (70 anos, heterossexual):

Naquele tempo, meu irmão, o pessoal não falava nada. Há 60, 70 anos atrás, pai e mãe não diziam nada. Era tudo um sigilo, uma vergonha. A gente não sabia de nada. Não sabia nem como fazia sexo, nem nada. A gente ficava no interior, eu lembro que minha mãe, quando conversava com as pessoas sobre menstruação, dizia: "Isso não é conversa de menino." A gente não sabia nem o que era menstruação, não sabia nada sobre gravidez. E eu não fui orientada, nem minha mãe orientava ninguém (Entrevista, 2025).

O desconhecimento das mulheres em relação à própria sexualidade também reverberou na falta de orientação quanto à proteção da saúde sexual. No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde nas primeiras décadas do século XX, de forma bastante limitada às demandas reprodutivas, direcionadas à gravidez e ao parto.

Conforme destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os programas materno-infantis das décadas de 1930, 1950 e 1970 traduziam uma visão essencialista da mulher, centrada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e cuidadora. Com metas definidas centralmente e sem considerar as necessidades reais das populações locais, tais programas contribuíram para a fragmentação da assistência e para a manutenção de um modelo de atenção que restringe a saúde da mulher à maternidade.

Mesmo com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, fruto das reivindicações do movimento feminista e de ativistas da saúde, os avanços na abordagem da sexualidade feminina permaneceram limitados. No caso do PAISM, embora tenha ampliado o olhar sobre a saúde da mulher para além da função reprodutiva, o enfoque prático ainda se manteve centrado na prevenção da gravidez e no binômio mãe-filho (BRASIL, 2004).

Mesmo em políticas públicas consideradas progressistas, Louro (2018) enuncia que os discursos sobre gênero e sexualidade permanecem imersos em normatividades que silenciam e marginalizam experiências reais, especialmente no campo da saúde sexual. No contexto da

saúde da mulher no Brasil, mesmo com a evolução da PAISM, essa problemática se manifesta pela manutenção de um olhar restrito, centrado prioritariamente na heterossexualidade reprodutiva, limitando a abordagem da sexualidade feminina à prevenção da gravidez e IST apenas dentro desse paradigma tradicional.

Essa perspectiva, consoante Facchini e Barbosa (2006), restringe o reconhecimento das diversidades sexuais, invisibilizando e excluindo as necessidades específicas de mulheres lésbicas, transexuais e entre outras. Além disso, as legislações e decretos que orientam as políticas de prevenção às IST ainda carregam esta herança, focando majoritariamente em populações heterossexuais, o que perpetua a exclusão e a vulnerabilização desses grupos.

Assim, a saúde sexual feminina é abordada de maneira fragmentada e insuficiente, dificultando o acesso a cuidados integrados, afirmativos e inclusivos. Diante dessas fragilidades estruturais, Harpia (70 anos, heterossexual) refere que conhecia o preservativo sexual desde os seus 16 anos, mas não compreendia o seu real propósito. Como ela mesma relata:

Tinha ciência. Nessa época que eu era menina, se chamava Camisa de Vênus. Eu me lembro do meu irmão, que ele queria fazer sexo com outras mulheres, ele usava para se proteger. Eu acho que quando eu sempre lavava a roupa dele, encontrava assim e perguntava dele. Ele me falava: ‘não é preciso você saber’ (Entrevista, 2025).

O preservativo masculino, cujos primeiros registros modernos remontam ao século XVI (feitos de linho tratado com substâncias químicas), só ganhou popularidade no século XIX, com a vulcanização da borracha. Inicialmente, seu uso era associado principalmente a homens que frequentavam prostitutas, como forma de evitar sífilis e outras infecções. Ainda no século XX, campanhas públicas focavam-no como método contraceptivo, não preventivo, reforçando a assimetria de gênero na responsabilidade pela saúde sexual. Foi nesse vácuo de informação e diálogo que muitas cresceram, como Harpia, envoltas em um manto de pudor e desinformação, aprendendo que haviam coisas “que não era preciso saber” (Youssef, 1993).

O desconhecimento das mulheres acerca dos métodos contraceptivos lhes expunha a vários perigos de contágio por parte de seus parceiros. Onça-Pintada (68 anos, heterossexual) afirma que, no início da sua vida sexual, não participou da escolha do método contraceptivo. “Olha, logo que eu comecei a namorar, eu tinha 16 anos. O que ele me deu, que eu não sabia que eu ia ter problema, ele trouxe logo uma caixa de anticoncepcional pra mim. Aí, eu falei: ‘pra quê esse medicamento?’ Ele disse: ‘pra tu não ficar grávida’” (Entrevista, 2025).

Percebe-se que os métodos contraceptivos voltados às mulheres foram historicamente concebidos mais como instrumentos de controle da fertilidade do que como

cuidado com a saúde sexual. A imposição do uso, sem qualquer esclarecimento, reflete uma lógica disciplinadora do corpo feminino, voltada à prevenção da gravidez, não à proteção contra IST ou à promoção da autonomia reprodutiva.

Ao mesmo tempo, a opção pelo uso do preservativo pelas mulheres sempre esteve envolta em silêncios e desconfianças, sobretudo no âmbito do casamento, onde sua utilização era interpretada como sinal de infidelidade. Consoante Pateman (1988), o contrato sexual que sustenta a ordem patriarcal do matrimônio não apenas pressupõe a monogamia das mulheres, como a exige, ao passo que relativiza ou mesmo legitima as transgressões masculinas.

Assim, métodos que poderiam significar autonomia e cuidado transformavam-se, para muitas mulheres, em marcas de suspeição. Libélula (65 anos, heterossexual), por exemplo, relata que não usou nenhum método contraceptivo durante o casamento, denotando a naturalização da entrega reprodutiva feminina e o controle masculino familiar:

Ah, porque eu era casada, né? Tinha um único parceiro, e ele também confiava em mim. Então eu não via necessidade de pensar nessas coisas. Se pensasse também era o mesmo que plantar desconfiança no relacionamento. Homem não aceita fazer sem [preservativo] com a esposa, que já pensa que ela tá traindo (Entrevista, 2025).

Sugerir o uso da camisinha é como um atestado de culpa ou desconfiança diante do parceiro, o que pode colocar em risco o pacto conjugal. Isso torna a negociação do preservativo praticamente inviável em muitos relacionamentos, uma vez que a submissão acaba sendo vista como sinal de respeito e fidelidade, mesmo que isso coloque em risco a saúde das mulheres.

Em contraponto ao controle da sexualidade feminina, a educação sexual masculina era transmitida informalmente entre homens, centrando-se na performance e na virilidade. Conforme Zanello (2022), a masculinidade constrói-se mediante uma pedagogia que enfatiza o sexo como conquista e domínio, não como vínculo afetivo. Contudo, mesmo desfrutando de maior liberdade discursiva, temas como vulnerabilidade, cuidado e saúde sexual permanecem marginalizados, como ilustra o depoimento de Peixe-boi (68 anos, heterossexual):

Não, não sabia. Ninguém comentava nada sobre prevenção ou preservativo. Não tinha essa conversa. Mas aí tinha um senhor que trabalhava com a gente, me levou escondido pra uma boate. Disse: ‘Vou te levar lá’. Ninguém sabia, nem minha mãe, nem meu pai, tudo escondido, porque eu ainda era de menor. Aí fiquei com uma mulher lá. O senhor foi me explicando, me ensinando. Cearense, já de idade, me explicava tudo. Aprendi mais com ele, porque minha mãe e meu pai ensinavam tudo errado. Aí fui aprender depois que saí de casa, comecei a andar pelo mundo.

A falta de referências confiáveis no seio familiar deslocava a educação sexual dos meninos para espaços marcados por improviso e silêncio, mediados por pares masculinos. Essa

dificuldade não fica circunscrita ao tempo da juventude, podendo atingir o tempo da velhice, que alastra a insegurança emocional dos homens até mesmo na esfera da intimidade do casamento, como aparece na fala de Jacaré (69 anos, heterossexual):

Olha, eu fui muito fechado nesse ponto, tá? Muito fechado mesmo. Porque eu não tive pai, não tive irmãos que me ajudasse, entende? Então sempre fui eu mesmo. E sou até hoje eu mesmo. Sou muito fechado quanto a isso. Não converso com ninguém. Ninguém falava nisso. Minha mãe nunca conversou comigo sobre isso. A gente vai descobrindo, né? Na escola, com os colegas, na rua. Com quem eu ainda falo... não é receio. É um tipo de vergonha. É com a minha esposa, entende? Está acontecendo isso. Tem uma coceira aqui, tem um negócio ali. Mas não profundamente. Nem com ela converso profundamente. Eu tenho vergonha.

Nesse mesmo contexto, o desejo sexual feminino era expressamente condenado. Del Priore (2014) perscruta essa história marcada por um rigor higienista e patriarcal que, por séculos, rotulou como histéricas ou desequilibradas aquelas que ousavam manifestar prazer ou desejo. Essa pulsão, quando admitida, ressoava como uma ameaça à ordem familiar social, motivo pelo qual era domesticado ou ridicularizado. O desejo bem como o prazer sexual eram considerados privilégios masculinos, como transparece no discurso de Onça-Pintada (68 anos, heterossexual) sobre a vida sexual com o ex-marido:

É que ele era muito, assim, certinho; ele só fazia tipo papai e mamãe, quando podia fazer, entendeu? Ele não gostava de certos avanços, não. Às vezes, eu pedia: “Faz isso.” “Ah, tu já vem com essas tuas imoralidades.” “Mas, menino, isso faz parte do sexo.” “Não, não, não. Para com isso. Tu tá aprendendo com quem? Tá fazendo com outro cara por aí?” Eu digo: “Não, é que eu vejo as amigas falarem, eu vejo as revistas.” Ele era muito careta, entendeu? Muito careta mesmo, grosseiro. Ele não era carinhoso, entendeu? Ele chegava assim, já era logo. Ele não fazia os ensaiamentos, os negócios, as preliminares, não. Ele já chegava (Entrevista, 2025).

Se expõe na fala de Onça-Pintada a repressão histórica ao desejo feminino, cerceado por uma moralidade que associava a expressão sexual das mulheres à devassidão. Segundo Bozon (2004), mulheres casadas, consideradas “de respeito”, não deveriam expressar desejo nem prazer sexual, sendo o corpo da mulher destinado apenas para a descarga sexual masculina com a finalidade de gerar filhos.

Sob essa racionalidade, Ponce de Leão (2018) infere que o prazer sexual masculino requer novos estímulos e investimentos que não podem ser vivenciados com a esposa, em vista da visão santificada que ela é sagrada no casamento, mas que devem ser usufruídos com outra mulher, concebendo, com isso, a visão do sexo como algo transgressor e prazeroso, como exemplifica Jacaré (64 anos, heterossexual), ao justificar suas relações extraconjugais:

É porque existia uma maneira de descobrir o sexo. Porque a minha esposa não era

aquele sexo. Era só o tradicional. Então eu via muito de homens e mulheres que faziam outras coisas. Então eu fui procurar essa outra coisa, entende? A curiosidade foi quando começou a ter as relações fora. Mas como mulher inteligente, ela sabia, mas nunca confrontou. Ela era mais recatada sexualmente.

O desinteresse sexual pela esposa, em função do ordenamento moral, vai se perdendo em nome da preservação da decência, da moderação e da previsibilidade, e passa a ser buscado em espaços onde não pesa a exigência da moral. “Depois que eu descobri que fora era mais gostoso, aí já foi morrendo mais o de casa, entende?” (Jacaré, 64 anos, heterossexual, Entrevista, 2025), demonstrando que o desejo sexual, tanto masculino quanto feminino, é calcado por questões de ordem social, cultural e histórica.

Na história da sexualidade, as mulheres foram relegadas a uma posição de controle e regulação de seus corpos, enquanto aos homens fora conferida uma liberdade sexual irrestrita, conformando as relações de poder de gênero que penetram as fronteiras do tempo reverberando nas práticas sexuais das pessoas no tempo da velhice. A vida sexual das pessoas idosas é, pois, uma questão que deve ser pensada fora do tabu da assexualidade ou do romantismo, para ser tratada no contexto das transformações contemporâneas da sexualidade.

2.3 A sexualidade “fora da curva” das pessoas idosas

O fato de que existe sexualidade na velhice, por si só, é algo “fora da curva”, pois no imaginário social as pessoas idosas já estariam destituídas da capacidade de sentir desejo sexual ou supostamente não seriam mais sexualmente atraentes, uma vez que já não correspondem mais aos padrões de beleza socialmente valorizados (centrados na juventude) e não têm mais obrigatoriedade quanto à função reprodutiva.

No entanto, a noção de que a sexualidade na velhice é algo anômalo nada tem a ver com a falta de desejo ou de vigor sexual, apesar das limitações biofisiológicas que podem afetar a disposição para a atividade sexual, mas trata-se de mais uma face do preconceito contra as pessoas idosas que tem por intenção tolhê-las do direito de se relacionar de modo afetivo-sexual. Desse modo, Pascual (2002, p. 94) destaca que:

Cada sociedade desenvolve seus próprios modelos ou estereótipos e obriga seus integrantes a se ajustarem a eles. Os indivíduos, por sua vez, empenham continuados esforços por adequar seus desejos e vivências sexuais ao que socialmente se espera deles. O resultado dessas pressões e sanções sociais sobre condutas pessoais, modeladas por uma educação específica e com tendência a realizar ajustes e adequações, oferece-nos um panorama de consenso social que imediatamente adotamos, considerando-o conduta normal.

Apesar dos interditos que pretendem tolher o direito de as pessoas idosas viverem a sua sexualidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que intimidade, prazer e conexão emocional continuam sendo componentes fundamentais da vida nessa etapa. Avanços médicos têm possibilitado que pessoas acima de sessenta anos mantenham uma vida sexual ativa e satisfatória por mais tempo (Goldenberg, 2005).

As transformações culturais e médicas caminham juntas, formando novas percepções sobre a sexualidade. Mudanças nas estruturas familiares, nos papéis de gênero, nas formas de intimidade e o impacto da tecnologia vêm alterando práticas e discursos sobre o desejo, impactando nas formas de viver a sexualidade (Bozon, 2004).

A introdução do Viagra, por exemplo, foi um marco na sexualidade masculina na velhice, no qual Brigeiro e Maksud (2009) alegam que o medicamento ressignificou a ereção como evento farmacologicamente controlável e reativou ideais de virilidade, funcionando como símbolo de juventude e dignidade sexual. Posteriormente, o Cialis e, mais recentemente, o Tadalafila, ganhou espaço por seus efeitos prolongados e de uso contínuo.

Porém, como apontam Godoi e Junior (2024), esse progresso esbarra nas omissões da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que ainda não contempla medicamentos para disfunção erétil no SUS, colocando em xeque a lacuna entre diretrizes públicas e necessidades concretas que leva muitos homens idosos a recorrerem ao uso indiscriminado dessas medicações, sendo um descaso com a saúde sexual masculina na velhice.

Para além dos fármacos sintéticos, há ainda uma disseminação crescente de substâncias naturais para o "vigor sexual", como maca peruana, ginseng e tribulus terrestris. Segundo Souza Costa et al. (2024), o uso dessas ervas é enviesado por crenças populares, influências culturais e uma busca por alternativas "naturais" à medicina convencional.

Foucault (1988) explica que essa realidade advém do fato de a sexualidade ser regulamentada por discursos científicos e práticas de controle social, como a medicalização do sexo, que transforma o corpo em campo de intervenção e aperfeiçoamento, subordinando o prazer à produtividade e à felicidade como imperativo. A ciência, assim, se beneficia da sexualidade ao redefinir normas de funcionalidade e ao reforçar a masculinidade hegemônica, centrada na performance e na primazia da penetração.

É nessa perspectiva que muitos homens idosos justificam o uso de estimulantes sexuais como forma de manter não apenas a atividade sexual, mas também a autoestima, o reconhecimento social e o sentido de virilidade. Tucano (68 anos, heterossexual, solteiro) compartilha sua experiência com esses recursos após adentrar a velhice:

Eu comecei a tomar todos os medicamentos complementares, como a tadalafil, junto com a maca peruana e o tribulus terrestris. Eu tomo esses medicamentos, e a tadalafil todo dia. Também tomo outro remédio que compro bastante, que é a semente de abóbora. Compro direto, todo mês. Eu acompanho médicos e psicólogos no YouTube, vejo essas receitas e sigo tudo por lá (Entrevista, 2025).

A fala de Tucano não é isolada. O Tadalafila tem se tornado cada vez mais popular entre homens de diferentes faixas etárias, conforme reportado em uma edição do programa Profissão Repórter (2023), que mostrou como o fármaco passou a ser utilizado até mesmo por jovens em busca de melhor desempenho sexual, deslocamento o sentido original do medicamento, agora inserido em uma cultura de performance e autoaperfeiçoamento constante, que encontra na pornografia o seu eixo de inspiração, mesmo que realisticamente inalcançável.

A maca peruana e o tribulus terrestris, por sua vez, são compostos naturais amplamente divulgados nas redes sociais como afrodisíacos e estimulantes do desejo sexual. A maca, raiz originária dos Andes, é tradicionalmente associada ao aumento da energia, libido e fertilidade. Já o tribulus é conhecido por sua suposta capacidade de elevar os níveis de testosterona e melhorar o desempenho sexual (Souza Costa et al., 2024).

Na era digital, as redes sociais têm influenciado práticas em torno do prazer, principalmente entre os homens, onde muitas vezes fomentam a cultura de automedicalização, impulsionada por influenciadores e perfis pseudocientíficos que oferecem soluções rápidas para dilemas complexos, limitando o prazer a padrões pornográficos e erotização superficial com vistas a um único modelo de estética corporal.

Em contraste, Preciado (2008) alega que a indústria farmacêutica dedicou pouca atenção ao desejo feminino. A chamada “pílula rosa” teve repercussão limitada, e os recursos destinados às mulheres ocorrem de forma indireta, via antidepressivos, hormonioterapia ou cosméticos que prometem rejuvenescimento e autoestima. Ou seja, o desejo feminino é regulado mais pela aparência de desejabilidade do que pela vivência do desejo em si, uma feminilidade performática, que visa agradar o outro, e sendo não necessariamente prazerosa.

Esse desequilíbrio explicita um binarismo sexual: enquanto os homens são incentivados a manter a atividade sexual na velhice, às mulheres cabe reinventar o desejo a partir de vínculos afetivos e outras formas de prazer. Ainda assim, para Libélula (65 anos, heterossexual, divorciada), a introdução da reposição hormonal marcou uma inflexão importante: “Antes disso, eu já tava na menopausa, nem pensava em sexo. Mas depois que comecei o tratamento, a vontade voltou.” Além da libido, o tratamento trouxe alívio para sintomas como insônia e cefaleia, impactando positivamente sua qualidade de vida.

Nesse cenário, a ginecologia natural também ressurgiu como alternativa potente.

Ponce de Leão (2018) destaca que essa prática ancestral, conduzida por mulheres idosas, não se resume ao uso de ervas, mas representa um ato político de reapropriação do corpo feminino em oposição à medicalização descontextualizada. O relato de Libélula ilustra essa dimensão integral do cuidado. Vejamos:

Sim, eu já tomei Maca Peruana. Ele além de ser bom para malhar, para você ir para a academia, para ter mais uma resistência na academia, ele também é um bom estimulante sexual também. Eu tomo Maca Peruana, inclusive eu tomo até hoje. E também me indicaram Guaraná. Guaraná em pó para eu tomar sempre de manhã. Também é um bom estimulante (Entrevista, 2025).

Tanto o guaraná quanto a maca peruana são nativos de áreas amazônicas, atravessando fronteiras nacionais na América Latina e vinculando-se a saberes ancestrais transmitidos oralmente por gerações. O guaraná, em particular, é amplamente reconhecido como um estimulante natural, associado ao aumento da energia física, da disposição e, em determinados contextos, à vitalidade sexual.

Essa valorização do guaraná como recurso terapêutico e preventivo é ressaltada por Ribeiro e Cruz (2012), que analisam os hábitos alimentares de comunidades ribeirinhas e indígenas da Amazônia. Para os autores, produtos regionais como guaraná, açaí, castanha e pescado constituem elementos fundamentais na manutenção da saúde e da longevidade. Rico em cafeína, taninos e compostos bioativos, o guaraná é tradicionalmente consumido para sustentar jornadas intensas de trabalho ou pesca, favorecendo o vigor físico e a concentração.

Entretanto, a vitalidade dessas populações não decorre unicamente da ingestão de nutrientes, mas de um modo de vida em sintonia com a floresta e orientado por saberes tradicionais que operam como marcadores identitários e exemplificam a possibilidade de diálogo entre práticas populares e perspectivas biomédicas.

Assim, embora a terapia hormonal contribua para a lubrificação vaginal e possa favorecer o desejo sexual, o aspecto decisivo para a retomada da vida sexual entre mulheres idosas é de ordem relacional, a construção do desejo emerge da interação com um parceiro respeitoso, como expressa Onça-pintada (68 anos, heterossexual, viúva):

Não, eu já vou fazer 69. Tocou em mim, eu já tô daquele jeito. Ele se admira. Quando ele me abraça aqui e quer ir embora. “Pô, já tá assim.” Eu digo, “mano, eu passei anos e anos sem sexo, né? O marido era doente, não podia fazer.” Aí ele se admira, “Pelo amor de Deus, vê se não vai me encher de chifre quando eu não tiver aqui, beleza, menina.” E é uma, duas, três vezes que a gente faz. Esse negócio aí, de deu uma e cansou, não. Eu reviro ele, que ele sai todo quebrado lá de casa (Entrevista, 2025).

A fala acima aponta para a centralidade do parceiro nas experiências sexuais das

mulheres idosas, como já argumentado por Bozon (2004), ao destacar que o desejo feminino está fortemente vinculado à qualidade da relação afetiva. Mais do que impulsos biológicos, o envolvimento emocional, o respeito mútuo e a segurança relacional são elementos fundamentais para que o prazer sexual emergja nessa fase da vida.

Além disso, a ênfase na busca por prazer contraria a perspectiva tradicional que associava o sexo à reprodução, comum às gerações anteriores. Motta (2002) refere que na juventude dessas mulheres, a sexualidade era vivida sob o controle de normas morais e finalidades procriativas. Hoje, ao contrário, o sexo é ressignificado como espaço de prazer pessoal e autonomia, dando luz para uma transformação geracional.

Importa sublinhar, contudo, que tais relacionamentos não visam, necessariamente, a um compromisso duradouro. Como observa Alves (2004), muitas dessas mulheres priorizam sua satisfação pessoal, e os vínculos afetivos são mantidos apenas enquanto a satisfação individual estiver assegurada, como se expressa no depoimento de Arara (70 anos, viúva):

Eu tenho muito chama pra menino novo. Menino novo que eu digo, os caras de 40 anos. Minha filha vai fazer 40. Então, teve um que me aperseou vários meses, que achava que eu estava interessada, mas eu via que ele queria grudar muito, e eu não quero compromisso com ninguém. Até porque eu gosto de ser livre. Muito raro eu me relacionar com alguém. Uma vez aqui e outra lá, quando o cabra fica insistindo muito. Eu até tive uma prévia, de um cara que a gente era do centro de convivência, ele era professor de informática. Mas assim, eu acho que o máximo que eu tive com a mesma pessoa foi umas três vezes. Aí passa, passa, aí vem uma pessoa ali. Mas assim, eu digo que eu fiquei viúva, não foi a partir de quando ele morreu, mas desde que ele saiu de casa. Desde quando ele começou a aprontar. Eu já era viúva de marido vivo. Eu sofria muito. Eu era louca por ele. Mas eu dei muito na cara dele, se ele tivesse vivo ele apanhava de novo, coisa que não faria com ninguém (Entrevista, 2025).

Libertas das injunções morais e da imposição de vínculos conjugais perenes, Arara demonstra como mulheres na contemporaneidade acessam o erotismo de forma seletiva e autônoma, experiência historicamente reservada aos homens, agora ressignificada como direito ao prazer dissociado de obrigações afetivas e exercido no terreno da liberdade de escolha.

A infidelidade conjugal, durante décadas associada quase exclusivamente a homens mais velhos, também emerge no universo feminino idoso como forma de reapropriação da própria sexualidade. Goldenberg (2017) observa que, em muitos casos, o adultério feminino na velhice reflete a busca por vivências sensoriais negligenciadas em uniões longas e emocionalmente áridas. Libélula (65 anos, heterossexual, divorciada), que refere ter vivido uma relação extraconjugal em decorrência da frieza e monotonia com o ex-marido, compartilha: “Tudo que eu não vivi durante os anos do meu casamento, eu vivi em um curto período. Parece que, em dois ou três anos, eu experimentei o que não consegui viver em mais de vinte anos

casada”

Essa redescoberta do corpo e do desejo insere-se no parâmetro da revolução sexual, onde o matrimônio deixa de se pautar por normas sociais rígidas e passa a requerer reciprocidade afetiva e realização subjetiva (Giddens, 1993). Para muitas mulheres da atual geração de idosas, cujas experiências conjugais foram marcadas pelo silenciamento do desejo e por violências simbólicas ou afetivas, o rompimento com esse modelo se torna libertador, como sinaliza Onça-pintada (68 anos, heterossexual, viúva), ao ser questionada sobre o prazer sexual em seus casamentos anteriores:

Não, os outros não. Às vezes eu queria assim, faz um carinho assim em mim. Faz assim, eu falei: “Chupa aqui o meu peito”. E ele: “Quê? Tu não tem leite”. Que isso aí é uma forma, né? De levar a mulher ao êxtase, pra se começar, né? Ele não gostava. Já esse atual, ele vai chegando e vai arrastando, tirando a blusa. Eu digo: “Menino, tá sem leite, só tem espuma doido”. Sei lá, eu remoecei quando eu conheci ele. Sabe, eu era uma mulher triste assim (Entrevista, 2025).

O relato de Onça-Pintada nos convida à reflexão de que as imposições da moral sexual sobre as mulheres limitaram o gozo feminino. Após a maternidade, partes do corpo feminino, como os seios, não poderiam ser tocados por estarem relacionados à nutrição do bebê. A geração contemporânea, com maior liberdade sexual, não interdita o prazer. Nesse sentido, Ponce de Leão (2018) afirma o quão envolvente é a relação das mulheres idosas com os homens mais jovens, já que é com eles que elas descobrem o gozo feminino pela primeira vez na vida.

Alves (2004) refere que a vida sexual de mulheres idosas também se perfaz em relacionamentos com homens mais jovens, sobretudo em bailes da terceira idade ou centros de convivência, onde as expressões da sexualidade feminina são afloradas por meio da dança, dos risos e das diversas interações sociais. Como poucos homens idosos frequentam esses ambientes, ocorre que, por vezes, homens mais jovens são contratados como dançarinos para interagir com as mulheres, o que pode desenrolar em outras relações mais íntimas.

Nesses casos, Goldenberg (2011) conclui que o corpo maduro feminino passa a ser valorizado não apenas pelo outro, mas também por si próprio, numa reafirmação da própria potência e vitalidade, rompendo com os estigmas da velhice feminina como período unicamente caracterizado pela decadência social e física.

Apesar desse movimento de reapropriação, os espaços em que mulheres idosas exercem sua autonomia sexual, como os bailes e centros de convivência, continuam sendo alvos de censura moral masculina. Alves (2004) alude que muitos homens desqualificam o comportamento feminino com base em valores conservadores. É o que demonstra Jacaré (64

anos, heterossexual, casado), ao mencionar sua percepção sobre os comportamentos femininos nesses ambientes:

Comportamento sujo mesmo. Até entre mulheres idosas. Eu conheço pessoas do meu meio, tá? Aí tu vê coisas de mulheres com mulheres. Mulheres idosas mesmo, que você jura que não é lésbica. Algumas são casadas com homens, mas se envolve com outras mulheres e até com outros homens. Elas falam "O meu marido é mole, eu faço isso com o outro", quer dizer, é um jogo, entende? Chegavam mulheres idosas contando as suas vidas sexuais. Naquela idade. Viúvas, né? E sentem necessidade de homem. Aí uma delas chegou, sentou do meu lado, passamos a conversar. Até que ela me propôs sexo, me propôs dinheiro, me propôs tudo pra eu transar com ela. Gente! Você não me conhece. Uma mulher muito idosa. Acho que de 70. Porque não tem parceiros, e sente vontade de qualquer um que aparecer ali e chega até oferecer dinheiro.

O discurso de Jacaré traz à tona como o machismo se intensifica na velhice feminina, etapa da vida em que o exercício da sexualidade e a autonomia do desejo passam a ser socialmente recobertos de repulsa e censura. Ponce de Leão (2018) observa que o corpo da mulher envelhecida permanece sob escrutínio social, e que qualquer vivência da sexualidade desviante da norma heteroconjugal é lida como transgressão ou ameaça à moral dominante.

Essa dissociação de sentidos se acirra diante da permissividade histórica com a infidelidade masculina, frequentemente relativizada como expressão da virilidade, enquanto a sexualidade feminina é alvo de severa moralização. Jardim e Miwa (2023) argumentam que, no imaginário social brasileiro, o adultério masculino sempre encontrou acolhida como “pecado tolerável”, ao passo que mulheres adúlteras foram sistematicamente punidas, inclusive por dispositivos legais. O “crime contra a honra”, que autorizava o assassinato de esposas infiéis sob respaldo jurídico, é exemplar dessa estrutura de assimetrias. Ainda que revogados formalmente, os mecanismos de punição simbólica permanecem operantes, fazendo com que mulheres idosas que reivindicam autonomia sexual enfrentem estigmas redobrados.

A própria trajetória de Jacaré atesta essas desigualdades; envolvido em relações extraconjugais com mulheres significativamente mais jovens, ele relata ter adquirido HIV aos 61 anos — “Porque, na época, eu trabalhava como pizzaiollo e saía de madrugada, né? E na madrugada encontrava as garotinhas, entende?” (Entrevista, 2025). Ainda assim, permanece casado, e sua trajetória não parece ter o mesmo tom de reprovação.

De acordo com Andrade (2021), a própria ocorrência de diagnósticos de HIV entre pessoas idosas pode ser tomada como um indicador e um parâmetro da existência de práticas sexuais ativas e, muitas vezes, fora dos moldes tradicionais. A autora observa que grande parte dessas infecções acontece em relacionamentos com parceiros mais jovens, geralmente sendo este a infectar a pessoa idosa, sinalizando que a vivência da vida sexual na velhice ocorre,

fundamentalmente, fora do contexto conjugal do casamento monogâmico.

Nesse cenário em metamorfose, as pessoas idosas vêm explorando novas possibilidades de vivenciar a sexualidade, acompanhando as mudanças tecnológicas e sociais presentes na contemporaneidade. Mais do que se relacionar com parceiros de outras gerações, muitos têm se inserido ativamente no meio digital, utilizando redes sociais e dispositivos eletrônicos como ferramentas para consumir o desejo sexual por meio de relacionamentos com garotos/garotas de programa, como demonstra Boto (70 anos, homossexual, solteiro):

Até uns dois anos atrás, eu paguei umas duas pessoas, dois meninos. Que moravam perto de casa. Aí eu olhei no tinder e disse, “Caraca, mano, mora aqui na Alvorada?” “Moro.” “Ah, ótimo.”. Aí ele veio, eu paguei a moto, um carro, né, tudinho, ele veio. Aí ficamos, tudinho. Como se diz, não é coisa do amor eterno, né? Mas eu, é assim, eu gosto de conversar. Eu sempre, quando compro cerveja, eu sempre tenho uma latinha, duas, três, quatro latinhas no congelador, justamente pra isso, porque os meninos falam: “Mas não sei o quê, tal, por que vai conversar?” Não, brincadeira, porque não é assim, comigo não funciona assim. Porque eu tenho que conhecer a pessoa, porque eu moro no terceiro piso, no caso, no terceiro andar. E aí, vou correr pro quarto? Não. Eu tenho que conversar, porque se eu não gostar, não tem problema. Porque eu pago a moto. Mas daí, aconteceu só um. O outro não pintou o clima, é chato assim (Entrevista, 2025).

Sua fala denota como a sexualidade se molda às dinâmicas dos relacionamentos da era virtual, e, apesar de utilizar as redes sociais como ferramentas mais acessíveis para oportunizar o encontro sexual, anseia que a relação se estabeleça com o mínimo de afetividade para que ocorra a troca sexual. Essa estratégia pode ser lida enquanto ferramenta de segurança, principalmente para pessoas idosas LGBTQs que, segundo Soares (2024), são regularmente violentados e mortos em encontros sexuais casuais.

Para a viúva Onça-pintada (68 anos, heterossexual), o envolvimento com seu atual companheiro também teve início por meio de uma plataforma digital. Ao contrário de Boto, que utilizou um aplicativo específico de encontros, o contato inicial se deu através de outra rede social não destinada exclusivamente para encontros sexuais, o *Facebook*, que, também, permite conexões com pessoas desconhecidas. Como ela mesma conta:

Aí eu conheci ele pela internet. Ele viu minha foto e curtiu. Eu fui curtir a dele. Aí na foto estava ele, uma mulher, duas meninas e uma criança. Aí eu falei assim: ‘Você é casado?’ Ele disse: ‘Não, separado.’ Eu disse: ‘Não, porque eu estou vendo aqui no seu perfil. Tem foto com mulher e criança.’ Ele disse: ‘Não, essa é a foto antiga. Eu sou separado’. Ele falou: ‘E você?’ Eu disse: ‘Viúva’. Ele falou assim: ‘Me dá logo teu telefone’. Aí eu passei. E aí ele ligou. Ele disse assim: ‘Tu trabalha?’ Eu disse: ‘Não’. Ele disse: ‘Onde tu mora? Posso ir para a gente se conhecer pessoalmente?’ Eu disse: ‘Pode’. Aí eu me lembro bem que foi um sábado, ele estava de folga.

No relato da viúva Onça-Pintada, percebe-se como a curtida em uma foto aciona um

processo de aproximação íntima com um estranho. Tal movimento, em sua discrição, revela modos sutis de busca e oferta de reconhecimento em uma era permeada por vínculos mediados digitalmente. Han (2022) descreve que, na chamada sociedade paliativa, evita-se o confronto com a dor e a alteridade concreta, substituídos por gestos alusivos que oferecem efêmeras sensações de valia. A curtida opera como uma microdose de afeto, um recurso mínimo, porém potente, com o qual os sujeitos demandam confirmação de sua desejabilidade. Assim, para Onça-Pintada, não se tratou de uma simples notificação, mas de um vestígio de interesse que, vindo de algum lugar, a reinscrevia no campo do olhar.

Todavia, os relacionamentos casuais não acontecem somente pela internet. Libélula (65 anos, heterossexual, divorciada) compartilha que ainda quando casada, recebeu uma investida discreta de um desconhecido, com quem trocou apenas o número de telefone, sem intenção imediata de levar o flerte adiante. A relação, no entanto, não se desenvolveu no espaço físico, mas se intensificou por meio das mensagens trocadas pelo WhatsApp, culminando em encontros presenciais e em uma breve relação extraconjugal:

Foi. Naquela noite que a gente conversou, ele veio falar comigo, pediu meu número quando minhas amigas não estavam perto, e eu dei. Começamos a trocar mensagens, conversar pelo *WhatsApp*, e aí marcamos de nos ver de novo. E assim foi acontecendo. Acho que eu tava muito carente naquela época, precisava sentir que ainda era desejada, sabe? Mas essa relação durou só alguns meses. Me arrependo muito da forma como foi, de eu ter traído. Mas, ao mesmo tempo, se não fosse esse choque, essa coisa meio brusca, eu talvez estivesse infeliz até hoje, mesmo que não tivesse esse vírus.

Há, no detalhamento da experiência por Libélula, a força do dispositivo amoroso, que Zanello (2022) alega estruturar a subjetividade feminina em torno da necessidade de ser desejada por um homem. Mesmo em idades avançadas, as mulheres internalizam a ideia de que sua validação social e afetiva depende do olhar masculino — daí o impacto emocional do flerte, que reafirma sua existência como sujeito desejável. A declaração "precisava sentir que ainda era desejada" sinaliza como esse mecanismo trabalha, mesmo em contextos de infidelidade.

Goldenberg (2017), ao analisar por que homens e mulheres traem, destaca que a monogamia compulsória é vivida pelas mulheres como um dever moral, e não apenas como escolha afetiva. A angústia de Libélula ao referir arrependimento, diz respeito ao peso dessa normatividade, que associa virtude feminina à fidelidade, mesmo em relações insatisfatórias.

Em síntese, a sexualidade na velhice passa por contínuas transformações e deve ser compreendida em sua complexidade, evitando visões reducionistas. À medida que a sociedade evolui, as pessoas idosas exercem com maior autonomia seu direito ao prazer sexual, o que demanda uma abordagem crítica e refinada no campo da saúde.

CAPÍTULO 3 – VIVENDO COM HIV NA VELHICE NA CIDADE DE MANAUS – AM

Este capítulo investiga como o diagnóstico do HIV impacta a velhice, com foco na realidade manauara, a partir de narrativas (a)colhidas na Fundação de Medicina Tropical - Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), onde são detalhados os efeitos psíquicos, sociais e corporais que emergem do diagnóstico entre as pessoas idosas, imerso em estigmas, negligência institucional e desinformação. O HIV, quando diagnosticado na velhice, não apenas reconfigura os sentidos do corpo e da saúde, mas também desafia as representações hegemônicas de sexualidade e envelhecimento, forçando o sistema de saúde a lidar com um perfil epidemiológico em transformação.

Ao explorar as vivências afetivo-sexuais de pessoas idosas vivendo com HIV em Manaus, o capítulo traz à tona que o desejo persiste, mesmo sob o peso do preconceito e do medo. A sexualidade na velhice, longe de ser apagada pelo vírus, reinventa-se, transgride e resiste, ao passo que é tensionada por um campo de forças onde se cruzam negligência política e violências simbólicas, pautadas com clareza na seção final, em que são identificados os desafios estruturais enfrentados pela política de saúde pública no atendimento dessa população, sugerindo a urgência de uma reatualização que considere o HIV na velhice como parte da complexidade da vida/realidade contemporânea.

3.1 O impacto do diagnóstico do HIV na velhice na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM

A Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), instituição de excelência no cenário nacional, consolida-se como referência estratégica no tratamento e atendimento integral de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região amazônica. Criada em 1970 como Clínica de Doenças Tropicais pelos médicos Heitor Dourado e Carlos Borborema, a instituição passou por significativa expansão estrutural e funcional, culminando, em 1988, em um complexo hospitalar de 4.800 m² dotado de ambulatórios especializados, laboratórios automatizados e centro de pesquisa (SES-AM, 2021).

Reconhecida pelo Ministério da Saúde, a FMT-HVD destaca-se pela implementação de protocolos clínicos pioneiros no manejo do HIV/AIDS, particularmente adaptados às especificidades epidemiológicas da Amazônia, incluindo populações-chave como indígenas e ribeirinhos. Sua atuação baseia-se no tripé assistência multidisciplinar humanizada, pesquisa clínica avançada (com ênfase em resistência viral e comorbidades tropicais) e formação profissional especializada, alinhadas às diretrizes do SUS para garantia de acesso universal a

antirretrovirais e tecnologias de diagnóstico (SES-AM, 2021).

Nos últimos seis anos (2019 a 2024), segundo os dados do painel epidemiológico da FVS (2025), o número de casos de HIV notificados em pessoas com 60 anos ou mais, no município de Manaus, no estado do Amazonas, cresceu expressivamente, somando 445 casos. Em 2019, ano pré-pandemia, foram registrados 58 casos. Em 2024, esse número chegou a 102, representando um aumento de 75,86% no período. A média anual de atendimentos de pessoas idosas que receberam o diagnóstico positivo para HIV em Manaus, entre 2019 e 2024, foi de aproximadamente 74 casos por ano.

Entre os anos de 2019 e 2024, o total de óbitos por AIDS entre pessoas idosas (com 60 anos ou mais) em Manaus foi de 172 casos, o que representa uma média anual de aproximadamente 28,7 óbitos. Quando cruzamos esses dados com o número total de casos notificados no mesmo período (445 casos), observamos uma taxa de letalidade geral de aproximadamente 38,6% no período analisado. Este dado indica que, para cada 100 pessoas idosas diagnosticadas com HIV, cerca de 39 foram a óbito em decorrência da AIDS, o que revela um cenário preocupante e que exige atenção (FVS, 2025).

Receber o diagnóstico positivo para o HIV constitui uma experiência potencialmente desestabilizadora em qualquer momento da vida, marcada por rupturas que atravessam múltiplas dimensões da existência, como a emocional, física e relacional. Ainda que o HIV tenha sido ressignificado no campo biomédico como uma condição crônica tratável, seu diagnóstico segue carregado de uma carga ontológica e moral de grande magnitude. Trata-se de um marco que exige rearranjos tanto no cotidiano quanto na percepção de si e dos outros.

Considerando-se que o HIV ainda não possui cura definitiva e que impõe um regime contínuo de tratamento com antirretrovirais, acompanhamento clínico e exames regulares, o impacto sobre a saúde física é inegável, quando consideramos essa realidade pouco abordada entre as pessoas idosas, cujas condições de saúde já podem ser atingidas por alguma(s) comorbidade(s) associada(s) ao envelhecimento.

Pupunha, profissional médica da FMT-HVD, atuante há mais de uma década na instituição, com especialidade em infectologia, diz que o HIV, “como é uma doença inflamatória, se o paciente idoso já não tem bons hábitos de vida, não tem uma pressão controlada, já tem diabetes, tudo isso vai complicar o tratamento” (Entrevista, 2025).

Segundo Deeks et al. (2013), o HIV provoca um estado crônico de inflamação sistêmica que potencializa o desenvolvimento e agravamento de comorbidades comuns no envelhecimento. Esse processo inflamatório persistente compromete o sistema imunológico e acelera o aparecimento de doenças associadas, dificultando o controle clínico dos pacientes que

já enfrentam condições crônicas. Assim, o tratamento do HIV em pessoas idosas é mais complexo devido à sobreposição do impacto do vírus e das doenças prévias.

Nesse sentido, o enfermeiro Açai (FMT-HVD) explicita que o HIV contribui para “a suscetibilidade a doenças oportunistas. Acho que o principal seria isso. Porque, já que é uma pessoa idosa, claramente o organismo já não está mais tão resistente, mas o HIV acaba agravando um pouco mais” (Entrevista, 2025). Essa maior vulnerabilidade está relacionada ao declínio imunológico natural do envelhecimento (imunossenescência), que é exacerbado pelo impacto do HIV. Essa combinação torna as pessoas idosas mais propensas a complicações, levando a maior morbidade e desafios no tratamento (Deeks et al., 2013).

Estudos indicam que a população idosa brasileira apresenta alta prevalência de comorbidades como hipertensão e diabetes, condições que agravam o quadro clínico quando associadas ao HIV. Conforme dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 57,1% das pessoas idosas sofrem de hipertensão arterial, um fator de risco significativo para doenças cardiovasculares, cuja prevalência aumenta com a idade (BRASIL, 2023). Além disso, cerca de 25,1% das pessoas idosas brasileiras são diagnosticadas com diabetes, principalmente do tipo 2, que também se intensifica com o avanço da idade (BRASIL, 2022).

Mas, os impactos agravantes do HIV não se detêm apenas à saúde biofisiológica. O diagnóstico do HIV também incide sobre condições psiquiátricas e psicológicas que, no caso de pessoas idosas, pode desencadear e/ou agravar quadros relacionados a demência, transtornos neurodegenerativos e outras condições psiquiátricas que comprometem a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, como ressalta a assistente social Bacaba (FMT-HVD):

O idoso da nossa população brasileira se caracteriza muito por ser hipertenso e diabético. E aí o HIV vem a somar para complicar mais ainda esse quadro. O idoso, em muitos casos, tem demência. Tem outros transtornos psiquiátricos também. E que o HIV vai trazer um impacto. Porque ele precisa de uma boa adesão para você ter uma qualidade de vida (Entrevista, 2025).

Nascimento et al. (2021) corroboram dizendo que o HIV está associado a disfunções neurocognitivas na velhice, com manifestações clínicas que podem incluir demência associada ao HIV. Os autores explicam que o impacto neurodegenerativo do HIV em pessoas idosas pode agravar quadros cognitivos já presentes, prejudicando a qualidade de vida e a capacidade funcional desses pacientes, o que, conseqüentemente, cria barreiras na adesão plena ao tratamento com medicamentos antirretrovirais.

Paralelamente a essas exigências clínicas que, por si só já impõem desafios consideráveis, inscreve-se o estigma social vinculado ao HIV como um dos principais vetores

de sofrimento, enraizando-se de maneira profunda nas vivências das pessoas que vivem com o vírus. Esse estigma não é apenas individual ou circunstancial, mas carrega consigo um legado histórico e simbólico que se articula no imaginário coletivo desde o advento da epidemia.

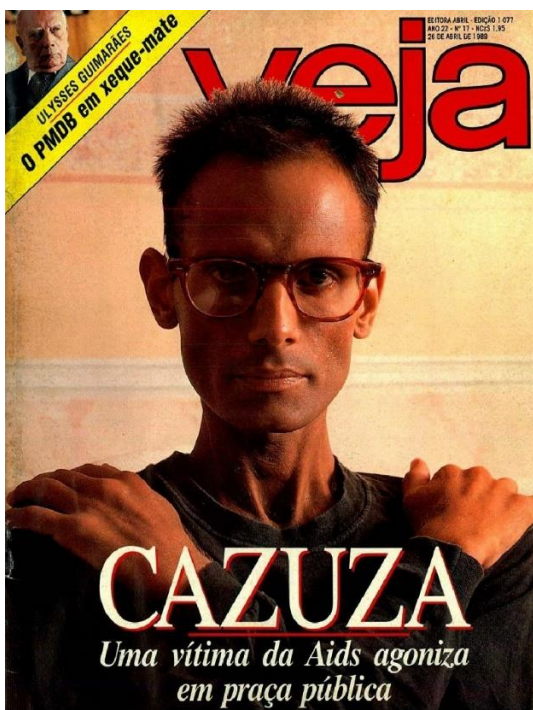
Goffman (2004) explica que o estigma atua quando um traço, neste caso, o HIV, é associado a estereótipos negativos (como promiscuidade e irresponsabilidade) e passa a dominar a percepção que os outros têm da pessoa, reduzindo-a à sua condição de sorológica. Para gerenciar essa identidade deteriorada, muitas pessoas que vivem com HIV recorrem a estratégias como o *passing* (tentar "passar" como soronegativo, omitindo sua condição) e o *covering* (não esconder totalmente, mas evitar que o HIV defina suas interações sociais). Essas táticas visam minimizar o preconceito, mas também perpetuam a invisibilidade do problema e o isolamento do indivíduo.

As heranças de um passado não tão distante permanecem operantes na memória social, sendo reatualizadas por narrativas de exclusão, moralização e morte. Esses elementos ressurgem com força renovada no presente, reativando preconceitos que se cristalizaram ao longo do tempo e reafirmando moralidades punitivas que teimam em persistir, mesmo frente às significativas conquistas alcançadas no campo biomédico, às transformações nas políticas públicas e à consolidação de um robusto aparato legal de proteção e garantia de direitos construído meticulosamente ao longo das últimas quatro décadas (Parker; Aggleton, 2021).

Essa permanência histórica dos estigmas encontra sua expressão mais visível precisamente no tratamento dado pela mídia a centenas de casos públicos, muitos dos quais são abordados com um sensacionalismo gravemente pejorativo. Dentre esses casos, destacam-se as narrativas construídas em torno de figuras artísticas icônicas, como o emblemático caso de Cazuza, artista cuja trajetória singular, marcada pela genialidade criativa e pela tragédia pessoal, transformou-se num símbolo paradoxal que representou simultaneamente os avanços civilizatórios conquistados pela sociedade e, de modo contraditório, a tenaz permanência de estigmas arcaicos que insistem em sobreviver às transformações sociais.

Como triste exemplo dessa conjuntura marcada pelo sensacionalismo midiático e pela sistemática degradação da imagem pública das pessoas vivendo com HIV, a figura que se segue traz um doloroso vislumbre da forma como o ícone Cazuza foi retratado pela imprensa. A imagem revela, com crua eloquência, a profunda falta de empatia e o tratamento desumanizante que caracterizaram a cobertura jornalística da época, transformando a trajetória do artista num espetáculo de morbidez:

Figura 5 – Capa da Revista Veja – “Cazuza: Uma vítima da Aids agoniza em praça pública”.



Fonte: Revista Veja, 1989.

A capa da revista *Veja*, de 26 de abril de 1989, com a manchete “*Cazuza, uma vítima da AIDS agoniza em praça pública*”, consagrou-se como marco emblemático e pernicioso na consolidação do estigma social em torno do HIV no Brasil. Ribeiro (2017), ao dissecar essa publicação, critica a exploração sensacionalista da imagem de um Cazuza fragilizado, com cerca de 40 kg, utilizada para anunciar sua morte de forma antecipada, embora ele ainda estivesse vivo. A reportagem abdicou de qualquer abordagem educativa sobre a epidemia, optando por uma narrativa que vinculava a doença a um suposto “modo de vida” promíscuo.

Essa exposição, segundo a autora (2017), não apenas causou sofrimento direto ao cantor, que sofreu uma crise cardiorrespiratória após ler a matéria, como também fomentou um pânico social duradouro. Parker e Aggleton (2021) observam que, no alvorecer da epidemia no Brasil, ser diagnosticado com HIV equivalia a receber uma sentença de morte. O AZT (Zidovudina), único tratamento disponível à época, oferecia apenas sobrevida limitada, reforçando a percepção da AIDS como destino inexorável. O Brasil figurava como o segundo país com maior número de casos, atrás apenas dos Estados Unidos, e o Congresso Nacional tornou-se palco de sucessivos anúncios fúnebres de figuras públicas.

É nessa confluência entre memória coletiva e vulnerabilidade que o estigma adquire seus traços mais implacáveis no caso das pessoas idosas. Para quem testemunhou os períodos mais sombrios da epidemia, o diagnóstico reverbera como um eco intensificado do passado,

reiterando narrativas de medo, silenciamento e marginalidade. O passado, nesse sentido, não apenas resiste, mas se reconfigura, perpetuando-se nas brechas do presente sob novas roupagens de exclusão — pela sorologia e pela velhice.

Essa relevância do contexto histórico do HIV e da AIDS, tanto em escala global quanto no cenário brasileiro, é corroborada pelo enfermeiro Açaí (FMT-HVD), ao refletir sobre a existência de acentuados percalços enfrentados pelas pessoas idosas no processo de aceitação do diagnóstico de HIV em seus atendimentos:

Dificuldade em aceitar o diagnóstico? Sim. Porque, como eu falei, é algo que muitos não conhecem direito, e muitos nem sabem de onde veio. Tem também o histórico do HIV no mundo, né? Muitos idosos que estão vivos hoje viveram toda aquela fase inicial da epidemia, com aquele monte de remédios, toda a carga moral negativa associada ao HIV. Então, eles ainda carregam esse peso do passado, aquela ideia de que vão morrer, que vão ficar muito doentes. Esse histórico gera um desespero diante do diagnóstico novo. Eles não sabem como lidar, para onde ir, o que fazer (Entrevista, 2025).

O comentário de Açaí reflete-se nas narrativas dos entrevistados, enfatizando a introjeção histórica de uma lógica que associava o HIV a sujeitos “desviantes” e à simbologia da morte e da degenerescência. Esse imaginário torna-se patente na evocação de Boto (70 anos, homossexual), ao rememorar o impacto do diagnóstico recebido aos 62 anos: “No início, teve impacto, assim, eu pensava que ia morrer, que ninguém ia escapar dessa. Porque eu tive colegas que morreram logo no início da pandemia de AIDS” (Entrevista, 2025).

Compreende-se, assim, que a ligação entre HIV, morte e transgressão não emerge de forma espontânea, mas resulta de uma engrenagem sociopolítica deliberada. Como observam Parker e Aggleton (2021), o estigma vinculado ao HIV/AIDS operou como uma tecnologia de controle biopolítico, voltada notadamente contra populações homossexuais. A categorização inicial de “grupos de risco” (posteriormente revista), converteu corpos dissidentes em sinônimos de ameaça. Embora o medo da morte fosse disseminado socialmente, sua penalização moral recaía de maneira desproporcional sobre os homens gays, associando a infecção não apenas à morbidade, mas à “culpabilidade erótica”.

Esse cenário, impregnado de temor e desinformação, consolidou o HIV como um interdito nas tramas cotidianas da sociabilidade. Perlongher (1987) argumenta que essa lógica excedeu a dimensão simbólica, engendrando práticas concretas de segregação espacial e afetiva. O autor descreve um verdadeiro *apartheid* sentimental, no qual os corpos das PVHA eram relegados às margens da cidade e do convívio, convertendo o espaço urbano numa topografia moral do contágio.

Mesmo os gestos mais banais da convivência passaram a ser regulados por dispositivos de contenção. Compartilhar talheres, tocar objetos ou coabitar um ambiente tornaram-se práticas evitadas com rigor. Tucano (70 anos, homem) reconhece: “Eu tinha preconceito. Não comia nada que eles tocassem, não queria coisa perto” (Entrevista, 2025). Tal recusa revela um *ethos* higienista e punitivo, onde o corpo da pessoa vivendo com HIV é reduzido a uma entidade contaminante (Greco, 2008).

Daniel (2018) analisa o papel da moral religiosa na consolidação desse estigma, ao converter o HIV numa alegoria da infração ética. A imputação de culpa, principalmente a sujeitos cujas práticas sexuais fugiam à ortodoxia da família tradicional, legitimou o rechaço e a expulsão. A espiritualidade hegemônica, longe de atuar como espaço de acolhimento, fomentou a exclusão, omitindo-se no dever de amparo e acirrando a vulnerabilização já engendrada pela precariedade das políticas públicas e pela escassez de informação.

O relato de Onça-pintada (68 anos, mulher) alude a um contexto doméstico permeado por discriminações, ecoando uma concepção hegemônica que associava o HIV exclusivamente ao universo masculino homossexual. A doença (Aids) era percebida não como expressão de determinantes estruturais, mas como punição intrínseca a condutas tidas como desviantes, estigmatizadas sob o signo da perversidade:

Vixe, tipo assim, às vezes, cansei de ver o meu primeiro marido, que ele era muito preconceituoso. Quando eu via, assim, um gay, né? “Ah, isso aí é gay, isso aí tá cheio de AIDS.” Eu digo: “O quê que é isso” “É uma doença que eles pegam de fazer com outro homem. E se ele fizer com a mulher, ele passa pra mulher.” Sempre ouvi falar disso, mas eu nunca me liguei, sei lá, não imaginava que um dia ia acontecer comigo.

A cobertura midiática inicial sobre o HIV/AIDS, conforme descrevem Daniel e Parker (1991), não apenas reiterou, mas foi instrumental na produção de estereótipos que vinculavam a epidemia a uma suposta “moralidade degenerada”, associada a corpos e práticas previamente marginalizados. As escassas campanhas preventivas dos anos 1980 operavam sob um duplo registro: ora sensacionalista, com imagens catastrofistas de corpos em ruína; ora moralizador, sugerindo que a infecção era retribuição divina por condutas “desviantes”. Longe de constituir mera representação, essa retórica mediática funcionou como dispositivo de poder, ao converter segmentos populacionais em “grupos de risco”; ao essencializar o vírus como atributo biopolítico de corpos estigmatizados; e ao obliterar a dimensão estrutural da vulnerabilidade, transversal a toda a coletividade.

Libélula (65 anos) reconhece a distância simbólica construída entre sua trajetória de vida e a presença do HIV, refletindo um contexto social que relegava a infecção a um espaço

de alteridade radical, como algo distante, pertencente apenas ao "outro", ao marginal, ao desviante, como efeito dessa construção midiática. Ela afirma:

Via na TV, nas reportagens, sobre pessoas que tinham HIV. Sabia de famosos que morreram por causa da doença, aquela coisa toda. Eu tinha medo, claro, mas era algo que parecia muito distante da minha realidade. Eu nunca vi algo próximo de mim. Sempre achava que era um problema dos outros, nunca meu. Por isso, dentro da minha família, por ser uma mulher casada, nunca me preocupei tanto com isso. No trabalho, por exemplo, era um assunto que ninguém falava. Porque, se falasse, já olhavam diferente, já vinham com medo (Entrevista, 2025).

Essa distância projetada traz à tona o apagamento discursivo do HIV nos espaços cotidianos: família, trabalho e sociabilidade. O HIV foi sendo progressivamente alocado como um tema interdito, silenciado, sobre o qual se evitava qualquer engajamento discursivo que pudesse aproximar o vírus da vida ordinária.

O relato de Libélula desnuda a incorporação de um estigma estrutural que opera não apenas por meio da exclusão direta, mas também pela produção de um silêncio persistente e de uma naturalizada dissociação entre o "eu" e o "risco". A vivência do HIV, nesse caso, estava confinada à esfera midiática e ao território da exceção, jamais integrada à tessitura da experiência cotidiana de qualquer indivíduo fora do considerado “grupo de risco”.

Foucault (1988) revela como certos fenômenos sociais são silenciados não por mera ausência discursiva, mas através de sofisticados mecanismos de poder que os relemam ao domínio do indizível. No caso do HIV/AIDS, essa dinâmica se manifestou com particular intensidade: associado inicialmente a grupos já marginalizados socialmente, o vírus transformou-se num "segredo público": todos tinham ciência de sua existência, mas seu nome era sistematicamente evitado tanto nos espaços institucionais quanto nas interações cotidianas.

Esse silêncio estratégico, ao negar visibilidade ao tema, produzia um distanciamento moral que evitava a contaminação simbólica dos nomes AIDS e HIV, mas, ao mesmo tempo, naturalizava a exclusão das PVHA como destino inevitável. Harpia (70 anos, mulher, Entrevista, 2025), manifesta essa dinâmica em seu relato: “Sabia. Eu escutava o pessoal falar, mas eu não queria falar. Sabia que tinha esse vírus, que existia esse vírus. Só sabia da existência dele. Não sabia que um dia eu ia ser portadora também.”

O relato de Harpia abre espaço para constatar que o desconhecimento, muitas vezes, não deriva só de uma ausência de informação, mas da recusa em incorporar cognitivamente o tema, como se o saber pleno implicasse contaminação moral. Esse reconhecimento tardio, acompanhado de surpresa, indica como o vírus permanece, até hoje, encapsulado num lugar de alteridade e desidentificação, mesmo entre os que presenciaram, de perto, toda a repercussão

que a epidemia teve ao redor do mundo em seu advento.

Essa dissociação parcial, sustentada por um suposto amparo moral, acaba por criar uma ilusão de imunidade simbólica, como se não falar e não se engajar bastasse para manter o vírus fora dos limites do eu (Parker; Aggleton, 2021). Essa operação psíquica, ao se desfazer diante do diagnóstico, instaura um abalo identitário profundo na velhice, quando os sujeitos já atravessaram décadas acreditando estarem alheios a essa condição.

A infecção, portanto, converte-se em um ponto de inflexão subjetiva, que reconfigura violentamente o modo como as pessoas idosas se percebem no mundo. Paludo, Olesiak e Quintana (2021) corroboram em seu estudo que o diagnóstico de HIV na velhice desencadeia um evento desestabilizador que reativa marcas de vulnerabilidades acumuladas ao longo da vida. Os autores identificaram que os participantes, ao se depararem com o diagnóstico positivo, reviviam simbolicamente todas as perdas anteriores, como as afetivas, econômicas e de saúde, processo que ecoa o "filme da vida".

A Psicóloga Castanha relata essa realidade ao descrever que os obstáculos à adesão terapêutica não se limitam à memória coletiva dos primórdios da epidemia, marcada por estigmas e pela ausência de recursos biomédicos eficazes. Somam-se a isto os efeitos acumulativos de uma trajetória de vida, muitas vezes, caracterizada por precariedades, perdas e sobrecargas, fatores que, aliados à consciência cada vez mais nítida da finitude, constituem entraves adicionais à aceitação do diagnóstico e à continuidade do cuidado:

Tanto pra homens quanto pra mulheres, quando recebem o diagnóstico, tem esse momento do filme da vida. Passa tudo na cabeça: tudo o que já viveram, tudo o que enfrentaram. E agora, mais isso. Fica aquele pensamento: "Daqui pra frente, o que vai ser da minha vida?". Depois dos 60 anos, já se tem uma consciência maior sobre a finitude. A perspectiva de vida naturalmente já diminui, é uma questão lógica. E aí pensar que isso está sendo ainda mais ameaçado é muito difícil. E aqui no ambulatório, pelo viés econômico da população, que é uma população atendida pelo SUS, já é um público bem sofrido, que passou por muita coisa na vida. E aí, quando chega um diagnóstico desses, depois dos 60, alguns têm aquela resiliência de uma vida inteira de luta, mas, mesmo assim, existe um cansaço (Entrevista, 2025).

Essa convergência indica que a possibilidade da não adesão ao tratamento não é um ato puro de negligência, mas uma resposta compreensível a um contexto biográfico esgotado, onde a sobrecarga de enfrentar "mais uma crise", agora associada ao estigma do HIV, exige intervenções que transcendam a esfera biomédica. Paludo, Olesiak e Quintana (2021) enfatizam, assim como a psicóloga, que a reconstrução de projetos de vida só é possível quando os serviços de saúde reconhecem essas camadas de sofrimento e atuam de forma intersetorial, desfazendo o nó que une pobreza, velhice e estigma.

Como bem pontuado pela psicóloga Castanha, o público atendido pelo SUS é composto majoritariamente por pessoas em situação de vulnerabilidade econômica. Essa realidade se reflete nos discursos, cujas trajetórias de vida são frequentemente marcadas por contextos de precariedade socioeconômica que não se restringem à velhice, mas atravessam todo o curso de suas vidas. Este cenário aprofunda ainda mais as vulnerabilidades associadas à vivência com o HIV, ampliando os desafios enfrentados por essa população.

Contudo, Paludo, Olesiak e Quintana (2021) destacam diferenças significativas nas vivências de pessoas idosas vivendo com HIV no que se refere ao gênero. Para as mulheres idosas, o diagnóstico está frequentemente associado a traições conjugais e rupturas afetivas. Já os homens idosos tendem a vivenciar o diagnóstico a partir de uma culpa internalizada por supostas "transgressões sexuais", interpretando-o como consequência de um momento isolado de descuido motivado pela busca desenfreada por prazer.

Açaí (Enfermeiro, FMT-HVD) alude que a notícia tende a ser mais devastadora para as mulheres idosas, pois geralmente estão inseridas em relações estáveis de longa data, enquanto os homens, segundo sua percepção, já carregam uma espécie de expectativa frente à possibilidade do diagnóstico em função da vida sexual mais ativa:

Olha, é um pouco complicado para o paciente que é de primeira vez, principalmente quando se trata de mulheres. Acho que a mulher fica um pouquinho mais assustada que o homem. É como se a maioria dos homens já esperasse que fosse dar positivo. Mas as mulheres não. Para elas, é uma surpresa muito maior. Muitas das mulheres são esposas de alguém, e esse "alguém" foi infiel. Então, de certa forma, elas não estão esperando. Elas sabem o que fazem em suas vidas sexuais, sabem que foram fiéis. Por isso, os diagnósticos mais difíceis que eu já presenciei foram entre mulheres idosas. Já os homens, não. Eles já têm um pouco mais de consciência, porque sabem que levam uma vida sexual mais ativa (Entrevista, 2025).

A explanação do profissional reafirma o que Paludo, Olesiak e Quintana (2021) delineiam sobre a existência de uma dinâmica relacional desigual, onde o diagnóstico positivo para o HIV é vivenciado pelas mulheres idosas como um duplo golpe: o da descoberta do vírus e o da quebra da confiança conjugal.

Essa dinâmica é refletida na experiência de Harpia (70 anos, divorciada), que descreve como o diagnóstico positivo aos 60 anos de idade implicou, para além da dor de reconfigurar a vida em função dos cuidados com o vírus, uma quebra afetiva marcada pela quebra de confiança com o seu então companheiro, com quem dividia a vida há pelo menos duas décadas e que a infectou com o vírus. Vejamos:

Com 60 anos não se passava pela minha cabeça. Nunca pensei nisso na verdade, que iria ser portadora desse vírus. Porque eu confiava nele, né? Aí eu disse, “nossa, eu

tenho um parceiro, não tem porquê disso”. Ele dizia que nem sabia como pegou isso, mas eu sei. Um tempo atrás, escutei uma senhora falando que ele ficava com ela. Depois, ela faleceu. Ele era assim mesmo. Então foi por causa da traição dele. Acho que nem ele sabia que ela tinha. Coitada. Provavelmente não sabia, porque, se soubesse, ele era mais experiente, teria se protegido. Ele saiu de casa, depois que foi detectado o vírus. Eu via a enfermeira que acompanhava ele, e falava: “Ele tá diferente, tá mudando”. Mas era por causa do vírus. Mesmo assim, eu ia lá cuidar dele. Se ele demorava para acordar, eu ia ver como estava.

O discurso traz à tona uma das faces mais cruéis do impacto do HIV nas relações heterossexuais, caracterizada pelo abandono masculino e pela sobrecarga emocional da mulher. Embora o parceiro tenha sido o agente da infecção, é ela quem permanece exercendo o papel do cuidado, mesmo após a traição e o afastamento. Essa atitude não deve ser interpretada como uma simples decisão individual ou expressão de altruísmo, mas como reflexo de dispositivos de gênero que engendram a subjetividade feminina.

Segundo Zanello (2023), nas relações heterossexuais vigora uma assimetria afetiva estrutural, na qual a mulher se dedica e investe 100% no relacionamento e, em troca, recebe apenas 10% do homem. Essa desigualdade se ancora em dois dispositivos: o materno, ligado à pedagogia afetiva do hetero-centramento, que ensina as mulheres a priorizarem os outros desde a infância; e o amoroso, que constrói o amor romântico como prova de valor pessoal e como eixo central da identidade feminina. Ao mesmo tempo, os homens, marcados pelo egocentrismo, aprendem a colocar seus próprios desejos e fragilidades acima do compromisso com o outro.

Essa construção contribui para que, em momentos de crise, como o adoecimento ou a descoberta do HIV, muitos abandonem suas companheiras ou deleguem a elas o cuidado, mesmo sendo responsáveis diretos pela situação. Como delineia Veras (2007), o HIV, nesse sentido, desvenda e acirra desigualdades afetivas já existentes, sendo vivido por muitas mulheres, em especial na velhice, de maneira ainda mais vulnerável.

Arara (70 anos, viúva) compartilha que, após a descoberta de seu diagnóstico, o então marido abandonou o lar, sem admitir para ela ou encarar a verdade, para viver com uma amante, retornando apenas quando já estava gravemente doente. Ainda assim, foi acolhido e cuidado por ela até a morte: “Ele descobriu logo em seguida, né? Porque ele não fazia, ele não aceitava fazer. Mas eu desconfio que aquele cuidado depois que ele teve comigo, ele já sabia, porque ele vivia fazendo exames” (Entrevista, 2025). Quando questionada se acreditava que ele já sabia do diagnóstico, responde: “Acho que ele tinha medo de contar, talvez, não posso afirmar. Ele era muito liberal com ele mesmo, entendeu? Isso aí a família dele sabe. Mas também não condeno. Aconteceu. E eu tô aqui, cuidei dele aqui” (Entrevista, 2025).

O retorno do marido para a casa, apenas quando já se encontrava gravemente doente, buscando novamente o vínculo com a esposa, ilustra aquilo que Ponce de Leão (2018) argumenta, que os homens idosos só restabelecem relações com mulheres da mesma faixa etária em contextos de dependência, quando necessitam de cuidado. Nessa dinâmica, a mulher é mais uma vez convocada a ocupar o lugar da cuidadora abnegada, perpetuando uma lógica desigual e assimétrica que organiza as relações de gênero na velhice.

Essa vivência dolorosa torna-se ainda mais complexa quando se considera o contexto legal e social em que muitas dessas mulheres são infectadas. O Código Penal brasileiro, por meio do Art. 130, prevê o crime de perigo de contágio venéreo, punindo quem, sabendo ou devendo saber estar contaminado, expõe outrem à infecção por meio de relações sexuais desprotegidas (TJDFT, 2021).

No entanto, na prática, essa responsabilização é rara, ainda mais quando muitas mulheres não se reconhecem como vítimas com direito à reparação. Isso se deve à internalização de uma educação afetivo-sexual pautada na fidelidade, no dever moral de manter o relacionamento e na responsabilização feminina pelas rupturas ou traições (Del Priori, 2014). Assim, é possível depreender que em contextos de infecção pelo HIV, mesmo quando o parceiro foi o agente transmissor, é comum que as mulheres sintam culpa, evitem acionar a justiça e permaneçam em silêncio, naturalizando a violência e negando o próprio sofrimento.

Isso representa um tipo de apagamento subjetivo enraizado na estrutura heteropatriarcal. Mesmo ao receber um diagnóstico devastador como o HIV, em vez de se revoltarem, optam pelo silêncio; em vez de denunciarem, submetem-se à lógica do sacrifício. Mesmo após anos de lealdade inquestionável em um relacionamento monogâmico, o resultado positivo se torna uma condenação emocional, levando a um colapso, como testemunha Garça (70 anos, viúva):

Eu fiquei muito magrinha, de 73 ou 74 quilos, fui pra 60 e poucos. Aí resolvi procurar o médico. Ele pediu um exame e, quando saiu o resultado, ele me perguntou: "Quantos parceiros você tem?". Eu respondi que só tinha um, com quem sou casada há 30 anos. Ele falou que a taxa estava muito alta. Eu pensei que fosse do meu marido, mas eu mandei fazer um teste nele e deu negativo. Pelejei até conseguir levar. Eu ainda falei pro enfermeiro: "Faz bem feito", porque ele não sabia que eu tinha. E ele morreu sem saber. Mas pra mim, foi uma coisa muito triste. Quando eu descobri, em 2018, eu não fiquei em mim. Eu até desmaiei. Quando fui ao médico infectologista, ele conversou comigo, me explicou sobre os remédios. Quando entrei lá pra receber o remédio, a mulher que entregava conversou um bom tempo comigo, e eu me senti aérea. Eu pensei: "Menina, não sei onde eu tô, parece que eu tô voando". Aí, eu desmaiei lá, e elas me ajudaram. Eu pensei: "Meu Deus, eu aqui, pegando esse remédio, conhecendo essa doença horrorosa, essa coisa que vem pelos homens. Como é que eu peguei isso? Depois, passei quase dois anos fazendo tratamento, tomando remédio. Foi difícil pra mim começar a tomar o remédio. Eu descobri em junho ou julho e comecei a tomar o remédio só no final de setembro, porque eu não aceitava tomar esse remédio. Foi muito difícil pra mim. Passei uns três meses sem conseguir dormir direito, acordava de madrugada chorando, chorava muito (Entrevista, 2025).

Frente a exposição feita por Garça, percebe-se que diagnóstico de HIV confronta de maneira abrupta e dolorosa a expectativa que muitas mulheres idosas têm sobre o envelhecimento, em ênfase aquelas que, por longos anos, mantiveram relacionamentos estáveis e monogâmicos. De acordo com Goldenberg (2009), as mulheres costumam projetar uma velhice pautada pela tranquilidade e pela continuidade dos vínculos afetivos construídos ao longo da vida, conforme os cânones tradicionais e socialmente idealizados.

O impacto do diagnóstico positivo desfaz não apenas o projeto de vida, mas também os valores e crenças adquiridos desde a infância e juventude, sobretudo no que tange à fidelidade e à lealdade conjugal. Esse desenlace abrupto e violento, que ocorre justamente em uma fase marcada pela fragilidade e pela busca por estabilidade emocional, desemboca em graves abalos psíquicos. As mulheres, segundo Veras (2007), se veem confrontadas com sentimentos profundos de decepção, traição e vulnerabilidade, que ultrapassam o medo da doença em si, afetando diretamente sua autoestima, identidade e segurança afetiva.

Nessa conjuntura de fraturas afetivas e psíquicas, evidencia-se também a resistência masculina à testagem para o HIV, sustentada pelo *habitus* de masculinidade hegemônica, no qual Bourdieu (1999) descreve ser socialmente construída como viril, invulnerável e dominante, o que, conseqüentemente, torna inadmissível o reconhecimento de qualquer forma de fragilidade, adoecimento ou submissão à lógica médica, especialmente quando essa fragilidade é associada à sexualidade.

Submeter-se a um teste de HIV, portanto, implica um risco simbólico de colapso com os atributos socialmente valorizados do ser homem, o que frequentemente se traduz em reações de negação, agressividade e até violência, como ilustra o relato de Garça (70 anos, viúva):

Porque, se eu tivesse contado, ele teria feito um escândalo comigo. Ixi Maria! Quando eu fui levar ele pra fazer o exame, eu disse pra ele: “Vamos testar o HIV, porque tem tanta gente pegando essa doença por aí”. Eu fui lá, e o rapaz fez duas vezes pra ter certeza. Aí ele virou pra mim e disse: “Tu é cara de pau, me trazer aqui pra fazer isso. Eu não tenho AIDS, tu te manca!”. Eu respondi: “Não, é só pra garantir que tá tudo bem”. Aí o resultado deu negativo pra ele, e eu fiquei na minha, não falei mais nada. Continuei tomando meus remédios e ele nunca soube. Porque eu tinha diabetes, então eu sempre ia fazer exames e buscar remédios, e ele achava que era só por causa da diabetes. Eu guardava os remédios do HIV no meu guarda-roupa, bem escondidos, e tomava quando ele não estava vendo. Se eu tivesse contado, meu irmãozinho, ele teria feito um escândalo. Ele teria me expulsado de casa, me chamado de vagabunda, ia dizer pra todo mundo na rua, na igreja, ia me acusar de traição. Eu tinha um cargo na igreja, até hoje eu tenho. Ele ia falar pra todo mundo: “Ela tá se prostituindo, pegou HIV pra me passar”. Então, por isso, eu não contei pra ele. Eu sabia que ia dar confusão, ia me prejudicar muito. Eu passei muito tempo assim, em silêncio.

A resposta masculina ao HIV, especialmente entre homens idosos, encontra-se

imbricada em camadas de estigmas históricos e códigos de honra viril. O vírus, inscrito socialmente como marca da transgressão e, fundamentalmente, da homossexualidade (Parker; Aggleton, 2021), opera como ameaça a uma masculinidade erguida sobre os pilares da heteronormatividade e invulnerabilidade (Bourdieu, 1999).

Diante disso, o simples gesto de ser convidado a testar-se pode ser interpretado como um ataque à sua moral, à sua heterossexualidade presumida, ao seu lugar de autoridade. No relato de Garça, essa tensão ganha contornos de fúria: o marido, ao ser conduzido ao exame, reage não à possibilidade da doença, mas ao que ela representa: desvio, vergonha, ruína da imagem. A recusa é menos clínica do que simbólica. Testar-se, nesse universo, é expor uma fissura num edifício de poder erguido por décadas.

Assim, Garça se viu forçada a arquitetar estratégias silenciosas de autoproteção, não apenas para preservar sua integridade física e emocional, mas para evitar o colapso de todas as estruturas que sustentam sua vida cotidiana, escancarando o quanto a figura masculina ocupa um lugar de poder punitivo, capaz de transformar o cuidado em acusação e a prevenção em ofensa. O silêncio, nesse caso, não é escolha, mas mecanismo de sobrevivência. Essa sobrevivência se constrói à custa do sofrimento calado, da solidão cultivada no segredo e da culpa introjetada por um vírus que não deveria carregar mais represálias do que sintomas.

Na tentativa de encontrar algum refúgio, Garça menciona que apenas a sua filha tem conhecimento de sua condição sorológica. No entanto, a confiança não se traduz em acolhimento, mas em mais uma camada de punição, marcada por reprovações moralizantes de fundo religioso: “Minha filha ainda diz umas coisas ruim pra mim. Ela diz, assim, que é meu pecado, que eu pequei muito, que eu peço muito” (Garça, 70 anos, viúva, Entrevista, 2025).

Os comentários da filha, que atribui à mãe uma espécie de castigo divino por possíveis pecados cometidos, exercem um processo de retraumatização, alicerçado em um imaginário punitivo que ecoa as narrativas mais estigmatizantes do início da epidemia. Se antes a carga moral do HIV era direcionada majoritariamente a homens homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas, considerados à margem da “ordem natural”, com o passar do tempo, ela parece ter se projetado com tamanha crueldade aos corpos femininos.

O que se constata, portanto, é a persistência de uma pedagogia da culpa que atravessa o tempo e se atualiza em novas formas de exclusão e sofrimento psíquico, sobretudo entre aquelas cuja sexualidade já é, por si só, socialmente interdita. No caso das mulheres idosas, essa interdição é ainda mais acentuada. Como aponta Alves (2004), espera-se que elas incorporem uma moral de renúncia ao desejo, de dedicação à família e de comportamentos “adequados” à velhice. Quando uma mulher idosa recebe o diagnóstico de HIV, o impacto familiar e social

tende a ser agravado tanto pelo estigma da velhice, quanto o da sexualidade ativa, considerados incompatíveis com o ideal normativo de feminilidade no envelhecimento.

Diferentemente de Garça, o caso de Jacaré (64 anos, casado, Entrevista, 2025) exemplifica como, no caso masculino, o diagnóstico parece encontrar maior abertura para ser compartilhado com a parceira, sendo também recebido de maneira menos acusatória por ela. Ele relata o momento da descoberta reconhecendo que mantinha relações extraconjugais e, portanto, foi algo que, de certa forma, já era esperado. Vejamos:

Foi um choque. Com certeza. Uma paulada assim, bem grande, né? Como eu não sou de recuar, e eu sabia o que tinha feito, pensei: “Agora vou procurar os meus direitos e o tratamento”. Na hora, as minhas filhas estavam perto de mim e minha esposa trabalhava. Aí eu comecei a chorar, né? E me desesperar. Chegou a médica, passou pra mim, e a minha esposa veio, entendeu? E me acolheu. Eu sabia. Sabia porque eu sempre falava do HIV: “Ah, é uma imundícia, acho uma nojeira.” Mas me ajudaram muito. Foi um acolhimento. Me acolheram, me protegeram, tá? Me protegem até hoje. Entenderam o meu diagnóstico. Nunca perguntaram de mim: “Como foi papai?”. Nem a minha esposa perguntou como foi, com quem foi. Porque eu acho que o impacto seria maior. Ela preferiu se preservar. Pra preservar a relação de nós dois (Entrevista, 2025).

A fala de Jacaré denuncia uma estrutura de permissividade em torno da figura masculina; uma permissividade que não só tolera, como suaviza as consequências das escolhas que ele próprio reconhece como arriscadas. A ausência de perguntas por parte da esposa, o silêncio das filhas, o acolhimento imediato, tudo isso configura uma rede de contenção onde o erro é absorvido em nome da estrutura familiar.

Jardim e Miwa (2023) expõem que o discurso comumente utilizado, de que “homem é assim mesmo”, não é só uma desculpa, mas sim uma ferramenta que mantém intacto o poder masculino, enquanto joga sobre a mulher o peso de equilibrar relações desiguais, onde a religião e a tradição reforçam e validam essa lógica. O “até que a morte os separe” não é só um voto de amor, mas uma corrente que prende a mulher à ideia de que seu sacrifício é sagrado, e que se o homem erra, ela deve perdoar sob qualquer circunstância.

Essa lógica não é sobre amor, mas sobre dominação. A mulher é ensinada a ver sua resistência como virtude, enquanto o homem aprende que seus erros sempre terão um porto seguro — ela. E assim, geração após geração, a violência se disfarça de normalidade, e a submissão vira sinônimo de virtude. Castanha (Psicóloga, FMT-HVD, Entrevista, 2025) aborda sobre essa dinâmica diante dos casos que já acompanhou entre casais:

Quando é no casal, a gente vê a raiva no olhar da pessoa que ainda vai fazer. Quem recebeu o diagnóstico vem mais cabisbaixo, não é? Por exemplo, se for um homem, ele vem cabisbaixo, querendo que a esposa dê negativo. Muitos dizem: “Eu só não

quero que a minha mulher vá fazer exame.” A tensão é que seja negativo. Naquela hora, o dele ter dado positivo, ter dado reagente, é um impacto e tanto, mas a ameaça de que ele possa ter transmitido pra esposa, muitas vezes isso fica tão maior, que quando a esposa faz o exame e dá negativo, ele sente um alívio tão grande, tão grande, sabe? Ao mesmo tempo, já tem pessoas que já vêm esperando que dê positivo, e dizem assim: "Pronto, agora é isso aí, nós dois estamos na mesma e vida que segue." Que é o poder masculino dentro do casal, entendeu? E aí pronto, continua o meu poder masculino porque agora tu também tem. Então continua tudo igual. Não muda nada.

Conforme as contribuições de Bourdieu (1999), a masculinidade hegemônica estrutura-se como uma posição de comando simbólico e material sobre o outro, notadamente a mulher, cuja subjetividade é historicamente construída em posição de subalternidade. Quando apenas o homem recebe o diagnóstico, surge o temor de que essa autoridade seja invertida. O receio não é apenas da doença, mas da possibilidade de “ficar nas mãos” da esposa, de tornar-se dependente de cuidados ou, pior, de poder sofrer retaliações pelas violências antes naturalizadas. O vírus aparece como um risco à soberania masculina.

Por outro lado, quando ambos recebem o diagnóstico, a assimetria de poder tende a permanecer intacta: o homem encontra alívio ao perceber que, agora, a mulher compartilha da mesma condição, tornando-se, mais uma vez, cúmplice e presa do mesmo destino. A infecção da parceira, longe de significar equidade, pode ser lida como estratégia inconsciente de manutenção da hierarquia relacional, onde o vínculo se sustenta por meio do medo da exclusão social e da crença de que, contaminada, a mulher terá menos chances de “refazer a vida” fora daquela relação.

Esse pensamento cruel é corroborado no estudo de Paludo, Olesiak e Quintana (2021), que apontam que, entre as mulheres idosas, o diagnóstico de HIV reiteradamente as conduz à renúncia de estabelecer novos vínculos afetivos. Muitas passam a se perceber como inaptas para o amor e para a vivência da sexualidade, por entenderem que, além da velhice, agora carregam o estigma ainda mais pesado do vírus. Assim, o HIV acaba, muitas vezes, por reforçar a dependência emocional e social da mulher, perpetuando o *habitus* de submissão que estrutura a dinâmica relacional do casal, já que muitas interiorizam a ideia de que devem se conformar com o que “resta” ou com o que “aparecer”.

A dinâmica conjugal atravessada pelo HIV deslinda camadas profundas de desigualdade de gênero, essencialmente quando o diagnóstico expõe fragilidades que os homens se recusam a admitir. A forma como os parceiros reagem frente à infecção e, acima de tudo, diante da responsabilidade pelo cuidado, evidencia não apenas o impacto da doença sobre o vínculo afetivo, mas também a persistência de uma lógica que desresponsabiliza os homens e sobrecarrega as mulheres.

Nessa interseção entre HIV e velhice, o cenário se mostra ainda mais cruel quando voltamos o olhar para as pessoas idosas LGBTQs vivendo com HIV. Ao analisarmos essas experiências, pontua-se o que Parker e Aggleton (2021) descrevem como o HIV/Aids, desde sua emergência, foi marcado por um processo de moralização que reforçou desigualdades sociais, gerando formas específicas de exclusão e discriminação contra corpos dissidentes. No caso de pessoas LGBTQs, o vírus não foi apenas um marcador clínico, mas um instrumento de reafirmação do preconceito, da marginalização e da negação do direito à dignidade.

Referendando Teodorescu e Teixeira (2015), observa-se que foram justamente as pessoas LGBTQ, as primeiras atingidas em grande escala pelo vírus, que, diante da omissão do Estado, protagonizaram a luta por seus próprios direitos. O avanço da doença no Brasil foi acompanhado por uma resposta estatal marcada pela desinformação e falta de políticas públicas eficazes. Frente ao desespero e medo coletivo, alimentado por matérias sensacionalistas e pela ausência de informações científicas acessíveis, os corpos dissidentes passaram a ser vistos como ameaça, sendo perseguidas, isoladas e, muitas vezes, deixadas à própria sorte.

Assim, emergiram respostas comunitárias que representaram não apenas resistência, mas também formas concretas de cuidado, como o caso de Brenda Lee, mulher travesti e ex-profissional do sexo que, ainda nos anos 1980, cedeu sua própria casa para acolher pessoas que haviam sido expulsas por suas famílias após o diagnóstico. Entre os acolhidos, estavam travestis, homens gays e outras pessoas LGBTQ em extrema vulnerabilidade, sem acesso à saúde, à moradia ou a qualquer rede de apoio. Essas iniciativas, de acordo com Teodorescu e Teixeira (2015), foram decisivas para garantir não só a sobrevivência física, mas também a dignidade dessas pessoas. As redes de solidariedade forjadas entre os próprios pares foram, por muito tempo, o único amparo possível diante de uma epidemia que matava.

Esses efeitos se desvelam de forma particularmente dolorosa na velhice, como evidencia o relato de Boto, um homem homossexual que vive com HIV e expressa sentimentos constantes de insegurança, mesmo residindo com seus irmãos. Sua orientação sexual, marcada por experiências de rejeição, substancialmente no âmbito familiar, dificulta qualquer tentativa de revelar seu diagnóstico:

Moro com a minha família, eu digo, os irmãos. Irmãos e uma irmã. Desde que eu descobri que eu tinha, eu já pensei em compartilhar na minha família, chamar os meus irmãos, mas aí eu ainda não sinto segurança, não. Porque eu acho que vai bater, vai falar, sei lá, entendeu? Sem querer ou querendo, vai falar. Eu não quero. Caraca, mano, eu não dependo de ninguém, eu dependo de mim. Um amigo meu sabe, né? Ele também é homossexual. E aí eu tenho receio de falar para outras pessoas, assim, e elas ficarem estranhas. Porque eu, sinceramente, eu não tenho paciência. E aí, eu evito, mas eu preciso falar para outra pessoa também. Assim, vou falar para uma

amiga minha, que eu tô com problema nesse negócio de HIV, e quando eu tiver com esse problema aí para morrer, essas coisas, porque ninguém sabe, né? (Entrevista, 2025).

Nas situações em que os laços familiares se mostram frágeis ou marcados por julgamentos, Daniel (2018) refere que as redes de amizade tornam-se espaços privilegiados de solidariedade e escuta, ainda que também limitadas. O silenciamento, embora doloroso, surge como uma estratégia de autopreservação diante de um ambiente social e familiar ainda atravessado por estigmas históricos e preconceitos estruturais.

A fala do entrevistado explicita as tensões que marcam a vivência do HIV na velhice, particularmente quando associada à homossexualidade e à vulnerabilidade social. Ainda que conviva com seus irmãos, ele expressa medo e insegurança diante da possibilidade de compartilhar o diagnóstico com a família, por acreditar que sofrerá algum tipo de retaliação moral. Assim, a família deixa de ser um espaço de acolhimento e passa a representar uma possível ameaça à sua autonomia e à sua privacidade.

Como analisa Soares (2024), para pessoas idosas LGBT, a rede de apoio costuma ser marcada por lacunas e incertezas, fruto de um histórico de discriminação vivido ao longo de toda a trajetória de vida. Muitas dessas pessoas enfrentaram, durante a juventude, contextos de violência simbólica e material, exclusões institucionais e rompimentos familiares que, na velhice, reaparecem sob outras formas, agravadas pelo diagnóstico de HIV.

Desse modo, Daniel (2018) pondera que o diagnóstico não é apenas um dado clínico, mas uma experiência que reorganiza a existência e a resistência dos sujeitos diante do tratamento e das relações sociais em que se inserem. A sorologia expõe dinâmicas familiares opressoras, o acirramento da vulnerabilidade social e o isolamento, o que, segundo Soares (2024), se intensifica pelo marcador geracional, como a velhice, em que a dor do diagnóstico se agudiza pelo medo do desamparo, do preconceito e da exclusão social.

Esses percalços não se restringem ao impacto inicial da notícia, uma vez que eles redimensionam as formas como essas pessoas se posicionam no mundo, constroem vínculos, se protegem e desejam. As estratégias de silenciamento ou revelação, os sentimentos de rejeição ou acolhimento, as experiências de traição ou solidariedade repercutem diretamente na maneira como se abrem, ou se fecham, ao afeto e à intimidade. Por isso, torna-se vital refletir sobre como a conjunção entre HIV e velhice influencia essas vivências.

3.2 O vírus não mata o desejo: As vivências afetivo-sexuais de pessoas idosas vivendo com HIV em Manaus – AM

O desejo, longe de ser uma pulsão meramente instintiva, constitui-se como fenômeno complexo, articulado em três dimensões indissociáveis: a social, a biológica e a psicológica. Foucault (1998) descreve que esses três aspectos são moldados por estruturas culturais que definem não apenas seus objetos legítimos, mas também suas formas de expressão, vinculando-o a ideais de status, beleza e poder que refletem hierarquias vigentes.

A sexualidade na velhice é constantemente apagada por estereótipos que associam envelhecimento à assexualidade, como se o desejo fosse privilégio exclusivo da juventude. Contudo, pesquisas demonstram que a vida erótica persiste, ainda que transformada por mudanças fisiológicas e contextos socioculturais. Se, por um lado, a sociedade insiste em patologizar ou ridicularizar o desejo da pessoa idosa, por outro, muitas pessoas idosas reinventam suas práticas afetivo-sexuais, desafiando a normatização etária (Pascual, 2002).

Nessa ressignificação e na resistência em exercer a sexualidade em todas as suas potencialidades, pessoas idosas não se mostram imunes aos desafios das IST, conforme destacado pelos dados epidemiológicos. Contrariando expectativas, Andrade (2021) argumenta que nem mesmo o diagnóstico positivo fazem com que, obrigatoriamente, o prazer e o desejo se extinguem. Na verdade, eles se reconfiguram, demandando novas formas de comunicação, confiança e cuidado, elementos que, inesperadamente, podem dar mais probidade a vínculos anteriormente tidos como superficiais.

Como propõe Bozon (2004), a sexualidade e o desejo permanecem como dimensões constitutivas da experiência humana: nascem, se desenvolvem e morrem com o sujeito, manifestando-se em todas as etapas da vida, ainda que por vias singulares, contingentes e, por vezes, silenciosas. É uma constante que, mesmo em situações adversas, se manifesta.

No cruzamento entre HIV e velhice, emergem tensões por moralidades de gênero, sexualidade e culpa. Os afetos e práticas sexuais dessas pessoas não se extinguem, mas se transformam à medida que a condição sorológica reorganiza suas relações consigo e com os outros. Há quem se silencie, por medo de rejeição; há quem encontre dificuldade em exercê-la, por preocupação desenfreada; há quem ressignifique a sexualidade por meio de novos pactos afetivos; há quem continue a exercê-la, ainda que sob a sombra do julgamento social.

No âmbito matrimonial, se desvelam camadas de moralidade, religiosidade e culpa que penetram a vivência sexual após o diagnóstico positivo para o HIV. No caso dos homens, quando se infectam com o vírus, podem se conceber como sentenciados ao pagamento do

pecado divino, pelo fato de, segundo Del Priore (2014), o casamento ser historicamente concebido como um espaço onde a mulher é santificada pela maternidade, pela castidade e pela devoção ao lar, valores que sacralizam o corpo feminino e o colocam fora da esfera do desejo carnal tido como impuro.

Jacaré (64 anos, casado), após receber o diagnóstico positivo, advindo de relações extraconjugais, relata que, com a esposa “Não temos relações. Com medo de infectar, e parte mais de mim. De não querer infectar” (Entrevista, 2025). Nesse contexto, o HIV aparece não apenas como uma doença, mas como uma marca do pecado, da transgressão moral, da quebra de um pacto silencioso com as leis divinas do matrimônio.

O entrevistado internaliza essa culpa como uma sentença: a de que não é mais digno de tocar a esposa, de partilhar com ela um corpo que ele agora percebe como contaminado, não apenas biologicamente, mas moral e espiritualmente, o que se percebe em seu discurso carregado de culpa e remissão ao justificar sua decisão:

Porque a minha esposa, ela é muito inteligente. Então, eu não quero passar isso pra ela. Por exemplo, eu tenho certeza que ela pode ser infectada principalmente pelo ato sexual. Então, se ela não faz isso, ela é uma pessoa íntegra. Se eu fizer, eu não sou mais. E eu não quero passar essa imundícia pra dentro de casa, entendeu? Foi uma culpa, né? Uma culpa minha que eu vou ter que carregar. Prova tanto que eu não me desesperei porque eu fui culpado (Jacaré, Entrevista, 2025).

A decisão de abster-se sexualmente da esposa não surge da ausência de vontade, mas de uma autoimagem deteriorada, ele se vê como portador de uma "imundície" que o torna indigno do corpo conjugal. Entretanto, o diagnóstico, longe de extinguir o desejo sexual de Jacaré, transformou-o em fonte de culpa ao vinculá-lo à possibilidade de "contaminação" moral da esposa. Assim, ele refere que “Desejo, tá? Mas eu tenho receio. Quando eu não tiver um diagnóstico, eu estou livre. Quando tiver carga viral indetectada. É porque a minha carga viral balanceia muito. Tem meses que está muito. Eu tenho medo de passar isso pra alguém. Mesmo estando no tratamento” (Jacaré, 64 anos, casado, Entrevista, 2025).

O desejo persiste, mas parece ser redirecionado para fora do matrimônio, visto como espaço sagrado que não deve ser "manchado". Seu projeto de retomada da vida sexual (condicionado à carga viral indetectável) exclui a esposa, preservando-a como figura intocável, enquanto se lê nas entrelinhas a persistência da opção de buscar outros corpos para satisfazer um desejo agora marcado pelo estigma.

Essa lógica expõe uma cisão entre o sagrado (o matrimônio) e o profano (o sexo como prática "transgressora"). A concepção do sexo como algo inerentemente sujo ou pecaminoso,

que deve ser vivido fora dos códigos matrimoniais, ecoa a análise foucaultiana da sexualidade como campo de tensão entre práticas de controle e formas de resistência (Foucault, 1984). Jacaré internaliza a noção de que o prazer sexual dentro do casamento só é legítimo se "puro", não contaminado pelo HIV. Fora dele, porém, o desejo pode ser exercido como ato visceral, desde que mediado pelo controle biomédico (carga viral indetectável).

Assim, os homens na velhice tendem a vivenciar o diagnóstico de HIV através de uma lente moral que transforma o desejo sexual em fonte de culpa, mas não necessariamente como barreira absoluta à atividade sexual, mas como elemento que a restringe dentro do casamento. Essa postura está profundamente ligada a construções espirituais que associam a velhice a um período de expiação e reflexão sobre os "pecados" da vida (Butler, 1963).

Já entre as mulheres, após o diagnóstico, como pontuado por Veras (2007), estas tendem a suspensão total da atividade sexual por fatores psicológicos e sociais ligados aos estigmas atrelados aos vírus. Essa diferença de gênero se deve a construção das normas de gênero, onde, enquanto os homens são culturalmente permitidos a "recaídas" ou reinvenções do desejo, as mulheres são pressionadas a internalizar o diagnóstico como falha pessoal irremediável. Nesse sentido, Açaí (Enfermeiro, FMT-HVD) diz que:

Olha, os homens, pelo menos, às vezes ficam mais cautelosos, mas em geral, eles não param totalmente. Alguns até mudam o comportamento, começam a usar preservativo com mais cuidado. Já as mulheres, eu percebo que têm um choque maior. Muitas delas eram casadas, tinham aquela relação de confiança e aí o diagnóstico muda tudo, né? Então é mais frequente que elas até busquem parar totalmente com as atividades sexuais delas. No geral, eles acabam tentando entender como vai ser a vida deles depois do diagnóstico, e tem os que se tornam mais reclusos (Entrevista, 2025).

Diante da fala do enfermeiro Açaí sobre o impacto do diagnóstico em mulheres idosas, é oportuno considerar a reflexão de Goldenberg (2009), que entende a velhice para muitas mulheres como uma libertação simbólica dos papéis de mãe, esposa e cuidadora. Após décadas em que a sexualidade foi vivida como um dever conjugal e não como expressão de desejo, a velhice passa a oferecer uma possibilidade de recusa consciente. O desinteresse sexual nessa fase não obrigatoriamente indica uma disfunção, mas resulta de um histórico de silenciamento e de imposições sociais, em que o sexo era praticado unicamente para satisfazer o parceiro.

No caso de mulheres idosas que vivem com HIV, essa desmotivação pode ser muitas vezes anterior ao diagnóstico, não se inaugurando com o vírus, mas apenas se prolongando, agora acrescida de novas camadas de estigma e autoproteção, como exemplifica Harpia (70 anos, divorciada), que contraiu o HIV em decorrência de relações extraconjugais do ex-marido, e relata não ter interesse em retomar essa dimensão de sua vida, mesmo afirmando que, antes

do divórcio, manteve o exercício sexual após a descoberta do diagnóstico. Segundo ela, o desinteresse pela atividade sexual não é recente:

Tive algumas vezes, sim. Mas eu sempre mandava ele usar preservativo, sabe? Mesmo eu já tendo o vírus, eu fazia questão de que usasse. [...] Não. Porque, na minha idade, a gente vai mudando. E também, já não tem mais lubrificação, né? Já tá bom assim. Nunca gostei mesmo. Acho que é por isso que tive poucos filhos. [...] Nunca gostei. Achava enjoativo. Igual celular. Você acredita que eu também não gosto de celular? (Entrevista, 2025).

Sua fala permite entrever que a sexualidade para ela, ao longo da vida, esteve menos associada ao prazer e mais vinculada a uma ideia de obrigação. O modo como descreve a atividade sexual como “enjoativa”, ao lado da comparação com o celular, sugere que o sexo nunca foi vivenciado de forma inteiramente prazerosa, mas como um passatempo repetitivo e sem sentido por parte do parceiro e como obrigação conjugal para a esposa. Ao dizer que “nunca gostou”, a entrevistada aponta não para uma ruptura causada pela idade ou pelo HIV, mas para uma experiência que sempre foi esvaziada de desejo.

Nessa perspectiva, a analogia com o celular ganha densidade quando lida à luz de Han (2022), que averigua como o prazer contemporâneo se tornou instantâneo, superficial e exaustivo. O celular simboliza o excesso de estímulos e a lógica da positividade contínua, em que o sujeito se envolve com objetos e experiências que fornecem gratificação imediata, mas sem envolvimento profundo. Transportando essa lógica para a vivência sexual, compreende-se que, para muitas mulheres, especialmente da geração da entrevistada, o sexo foi vivido de forma desconectada do prazer autêntico e do desejo próprio; algo feito mais “por fazer”, como se zapeasse o tempo no celular.

Contudo, esse não é o único caminho possível. Ponce de Leão (2018) descreve que há também mulheres idosas que escolhem manter ativamente sua vida sexual, contrariando expectativas estereotipadas que associam a velhice feminina ao apagamento. Em vez de se retraírem, elas investem em autocuidado e autovalorização. Se arrumam, se produzem e buscam manter uma boa relação com a própria imagem, não apenas para agradar, mas como afirmação de si. Exercem a sexualidade de forma mais livre, até com mais intensidade, por já não estarem presas às obrigações de relações conjugais duradouras. Algumas optam por se relacionar com homens mais jovens. Para elas, esse envolvimento também representa uma forma de se sentirem vivas, valorizadas e autônomas em sua experiência erótica.

Onça-Pintada (68 anos, viúva, Entrevista, 2025), por exemplo, subverte não apenas esse pensamento rotulador atrelado à velhice feminina, mas também o estigma do diagnóstico

positivo, ao compartilhar sua experiência sexual, na velhice, vivendo com HIV ao lado do atual namorado: “Ele tem 58 anos. [...] Aceitou. Ele falou, agora é camisinha e pronto. Toda vez que ele vem, traz a camisinha. É na boa mesmo, assim. Até pra ele me tocar, ele bota luva, né, pra não me ferir por causa da unha. Então ele é super cuidadoso” (Entrevista, 2025).

Além de acolher seu diagnóstico com naturalidade, o atual companheiro de Onça-pintada (68 anos, viúva) é dez anos mais jovem que ela, uma diferença geracional que subverte tanto os *scripts* amorosos convencionais quanto os estigmas sociais que insistem em alegar que a mulher mais velha não é sexualmente mais atraente. Sua fala evidencia o quanto essa relação tem sido transformadora em sua vida afetivo-sexual:

Com ele, com esse atual. Só com ele. E os dois antes não faziam isso, não. Ele que veio alavancar minha vida sexual. No início eu disse, não, eu nunca fiz isso. E ele: “Eu não acredito. Depois tu vai acostumar”. Eu digo: “Tu é safado, viu”. Mas é verdade. A primeira vez que eu fiz, no outro dia, eu fiquei com vergonha de olhar pra ele. Nossa senhora, como é que eu vou olhar pra aquela pessoa? Aí depois, já vai fazer dois anos em abril que ele tá junto.

Como observa Goldenberg (2011), o interesse de homens por mulheres mais velhas não é um fenômeno tão raro quanto se costuma pensar, especialmente quando essas mulheres demonstram autonomia, segurança e experiência. São justamente essas qualidades que, frequentemente, despertam admiração e desejo. Nessa lógica, a relação de Onça-Pintada revela um deslocamento nas normas tradicionais de gênero e idade, sugerindo que o erotismo feminino na velhice não apenas persiste, como pode ser redescoberto de forma intensa e prazerosa.

No entanto, a decisão dessas mulheres em continuar exercendo uma vida sexual plena após o diagnóstico de HIV na velhice não é algo fácil de naturalizar. Além dos inúmeros percalços enfrentados na terceira idade, elas têm de lidar também com as implicações relacionadas à identidade de gênero, resultando em uma dupla estigmatização, como aponta Debert (1994). Quando se considera e se adiciona o fator da sexualidade na velhice, surge outro estigma que denota um tom de transgressão: o do “velho” ou da “velha assanhada” — sendo este último, como observa Pascual (2002), mais pejorativo para as mulheres, cujos corpos tendem a ser ainda mais santificados ou moralizados nesse período da vida.

Quando a mulher idosa se depara ainda com o aditivo da infecção pelo HIV, Paludo, Olesiak e Quintana (2021) desvelam a situação delicada e complexa do processo de retomada da vida sexual, penetrado por sentimentos de invalidez, tanto no plano biológico quanto no social, como se expressa no relato de Libélula (65 anos, divorciada):

Demorei quase dois anos, até eu ter coragem novamente, depois do diagnóstico. Eu queria encontrar alguém que entendesse a minha condição. Alguém com quem eu pudesse ter um diálogo aberto, uma pessoa consciente e franca. Queria ter uma companhia, não só pra sexo. Eu tive envolvimento com alguns homens antes desse que eu estou agora, mas nunca cheguei na parte que eu contei o diagnóstico, até porque se eu falasse, eles não iam querer ter relação comigo. Mas eu sempre usando a camisinha com eles. Mas depois eu encontrei isso que eu estava buscando, essa companhia (Entrevista, 2025).

O diagnóstico positivo interfere diretamente na capacidade de envolvimento emocional e afetivo. Muitas pessoas vivendo com HIV passam a não se sentir dignas de serem amadas novamente, como se o amor lhes fosse negado. Hooks (2021) explica que essa percepção deriva de uma lógica idealizada e moralizante, na qual apenas os “merecedores” são vistos como destinatários legítimos desse afeto. O amor, sob esse viés, deve ser puro; uma experiência reservada a sujeitos moralmente íntegros e, por isso, aqueles que carregam estigmas como o HIV são frequentemente vistos, e passam a se ver, como indignos desse sentimento.

Arara (70 anos, viúva), três anos após a morte do marido, que a infectou por meio de traição, diz que retomou a vida sexual de maneira esporádica e com parceiros ocasionais, evitando o envolvimento duradouro que exigiria confidenciar sua sorologia. Ao narrar suas escolhas, Arara reafirma o desejo, mas também revela a presença persistente do medo como mediador das relações íntimas:

Sim, assim, passando 3 anos, arranjei um aqui e ali, mas com aquele cuidado, tudo orientado pelos médicos, né? Hoje eu sei que como eu tenho carga viral zerada, num desvio de percurso, não ofereço perigo a ninguém. Pelo contrário, alguém pode oferecer pra mim. E aí, assim, mas eu nunca, nem sequer tive, assim, propriamente um namorado pra chegar ali, olha, ou ir numa festa. Eu vou à festa com a minha irmã, com o meu cunhado, eu danço, danço horas. E já me perguntaram até por que que eu vivo sozinha, acham, pensaram até que eu tenho gostos opostos. Aí eu falo: “Ah, por que eu fico sozinha? É porque eu tenho o destino da lua, pra todos eu encanto, não sou de ninguém” (Entrevista, 2025).

Como se pode apreender da fala de Arara, percebe-se que essa escolha não decorre da ausência de desejo, mas sim do receio de ter que revelar sua sorologia e enfrentar o estigma associado ao HIV. Como ela mesma justifica, “as minhas colegas, mais íntimas, elas sabem. Aí é claro, se eu arranjar um gato, eu não vou dizer de cara, né? Então é por isso que eu não quero. Porque com o tempo tu tens que compartilhar” (Arara, 70 anos, viúva, Entrevista, 2025).

Esses obstáculos para a prática da sexualidade em contexto de HIV, de acordo com Veras (2007), manifestam-se de forma geral entre os gêneros, mas pesam com muito mais intensidade sobre as mulheres. Nelas, revela-se uma carga psicológica que se reflete no corpo como uma negação internalizada, sustentada por um viés moral rigoroso, que dificulta com mais persistência o exercício do desejo e da sexualidade. Para essas mulheres, restaria a elas a

rendição por um corpo marcado pelo vírus, levando, diversas vezes, a se enxergarem como encarnações do próprio vírus, por já não se enquadrarem nos ideais tradicionais da feminilidade pautados na pureza, logo, não podem se dar ao luxo de viver o prazer.

O mesmo se aplica de maneira ainda mais acentuada a outros grupos vulnerabilizados, como a população LGBT, historicamente marcada pelo estigma da transgressão e da imoralidade por desafiar os padrões normativos de gênero e sexualidade impostos pela lógica heteronormativa. Além disso, foi a população que mais sofreu os percalços do HIV e da AIDS no início da epidemia, tornando sua realidade mais sofrida (Parker; Aggleton, 2021). Ao serem sistematicamente excluídos da ideia de “normalidade”, esses sujeitos passam a ocupar um lugar de marginalidade, o que os torna mais suscetíveis a internalizar discursos que negam seu valor afetivo, sua legitimidade no desejo e seu direito ao amor (Hooks, 2021).

Essa dinâmica se incide na vivência de Boto (70 anos, homossexual), que também prefere não compartilhar seu diagnóstico com parceiros sexuais. Sua decisão está ancorada no receio de sofrer preconceito e na percepção de que ainda há muito desconhecimento sobre o HIV. Segundo ele, a desinformação alimenta reações desproporcionais e falas estigmatizantes, o que o leva a evitar o tema em seus relacionamentos. Ao ser perguntado se costuma revelar sua condição, ele responde:

Não. É, porque às vezes, muita gente pensa assim, que HIV é o cara fazer o sexo, aí pronto, já morreu, essas coisas. Também não tem conhecimento, né? Porque eu sabia que quando tinha HIV, tinha esse problema. A pior coisa é a pessoa desinformada, falar besteira e tudo mais. Aí eu sou muito chato. Assim, muito chato com a pessoa que eu consigo (Entrevista, 2025).

A opção pelo silêncio, tanto por Arara quanto por Boto, não deve ser interpretada como descuido ou negligência, mas como uma tática de autopreservação frente a um imaginário social ainda impregnado de medo, desinformação e preconceito em relação ao HIV. Ambos, tendo vivido o ápice da epidemia da AIDS em suas juventudes, reconhecem que o estigma associado à sorologia permanece enraizado no senso comum, apesar dos avanços alcançados.

A pessoa vivendo com HIV não está legalmente compelida a revelar seu status sorológico, desde que adote medidas preventivas que eliminem o risco de transmissão, como manter carga viral indetectável ou usar preservativo. Conforme Varella (2023), inexitem normas no Brasil que exijam tal revelação a parceiros afetivos ou sexuais. A prevenção de ISTs é uma responsabilidade coletiva de todos que mantêm vida sexual ativa, abrangendo não só o uso de preservativos, mas também intervenções como PrEP e PEP.

Todavia, a situação jurídica modifica-se caso se comprove que o PVHA

deliberadamente manteve relação sexual desprotegida ocultando seu diagnóstico, fato interpretado como dolo na transmissão, ensejando responsabilização criminal por violação dos direitos constitucionais da vítima. Em contrapartida, o desconhecimento da sorologia exclui tal responsabilização, por ausência de intenção (Varella, 2023).

A criminalização da transmissão intencional do HIV suscita delicados dilemas éticos nas relações afetivas e sexuais. Embora a transparência seja desejável, tal imposição ocorre em contexto fortemente estigmatizante, onde a revelação pode implicar rejeição, discriminação ou violência. A ética dessas relações não pode fundamentar-se exclusivamente no dever individual, devendo incorporar avanços científicos, como a não transmissibilidade sob carga viral indetectável, bem como o direito à privacidade e à construção de vínculos pautados no respeito mútuo. Como destaca Hooks (2021), amar demanda coragem e responsabilidade: a coragem de enxergar o outro além de sua condição biológica, e a responsabilidade de nutrir relações fundadas no cuidado recíproco e na dignidade compartilhada.

Se para mulheres e pessoas LGBTQs a revelação do diagnóstico representa um desafio, para Peixe-boi (68 anos, divorciado), é imperativo moral irrevogável. Ele afirma que jamais se envolveria afetiva ou sexualmente sem antes expor sua condição, mesmo ciente de que tal transparência frequentemente provoca recuos motivados pelo medo e ignorância. A possibilidade do afeto é, assim, frequentemente obstruída por desconfianças, ainda que se reconheça minimamente a eficácia das prevenções. Segundo ele:

Agora a minha dificuldade é conhecer alguém pra se relacionar. E eu jamais vou chegar pra conhecer alguém e não falar pra ela e depois transmitir, isso aí eu vou estar fazendo um erro muito grande. Então, quando eu conheço alguém que me interessa, eu já falo o meu caso: “olha eu tenho esse problema assim, assim e assim, você precisa me aceitar dessa maneira”, aí quando eu falo disso, as mulher fica: “não, tenho receio, eu sei que a gente se cuidando não tem problema, mas aí de repente você pode se descuidar” (Entrevista, 2025).

A fala de Peixe-boi, em que pese as barreiras impostas pelo estigma do HIV na busca por parceiras, manifesta uma confiança resiliente ao revelar seu diagnóstico. Confiança resiliente ao divulgar seu diagnóstico. Tal postura parece ancorar-se na expectativa de que mulheres, historicamente socializadas para o cuidado e o acolhimento, tendam a aceitar melhor sua condição (Zanello, 2023). Na velhice, conforme Ponce de Leão (2018), essa predisposição pode intensificar-se na busca por estabilidade afetiva, levando alguns homens a presumirem acolhimento independentemente do HIV, demonstrando como normas de gênero também operam como suporte para o gerenciamento da própria vulnerabilidade.

Entretanto, o HIV impacta a virilidade masculina não apenas em seu aspecto fisiológico,

mas sobretudo no plano simbólico. O diagnóstico desestabiliza também o paradigma masculino. A masculinidade hegemônica impõe desempenho irrestrito, domínio e desejo perene, e toda falha ou hesitação nesse roteiro configura fracasso do “ser homem” (Connell, 2005). A construção social da masculinidade converte medos, como o temor da rejeição, a ansiedade ante a possibilidade de transmissão viral ou a imposição do preservativo em elementos que abalam a identidade viril, como explicitamente se expressa no relato de Peixe-boi:

Me falaram que eu estava com vírus, né? Que eu comecei a fazer o tratamento. Aí, eu fui me relacionar com a mulher. Aí, eu fiquei com tanto trauma que eu não consigo mais, entendeu? Porque na hora que eu estou lá com a mulher, parece que me dá aquele nó na cabeça, fico pensando, aí fico nervoso, com medo, entendeu? Aí parece que eu fiquei com aquele trauma que eu não consigo. Aí não fica mais 50%, 100%, né? Com aquela potência. Com medo que eu não fico mais. Parece que eu fico com medo, nervoso. Achar que vai romper a camisinha, passar para a mulher, eu fico com medo, entendeu? (Entrevista, 2025).

O relato mostra como determinantes socioculturais podem incidir de modo contundente sobre o desempenho sexual e a percepção de virilidade. Há um embate psíquico em que o medo, a ansiedade e o estigma associados ao HIV erigem barreiras à intimidade, mesmo que haja adesão terapêutica e medidas preventivas. A virilidade, nesse cenário, não se desvanece por insuficiências fisiológicas, mas é corroída por uma carga afetiva forjada em normas sociais que associam masculinidade à invulnerabilidade. O resultado é uma vivência sexual modulada menos por incapacidades orgânicas do que pelo peso das expectativas normativas.

Parker e Aggleton (2021) sustentam que o HIV opera como um "signo social" que ressignifica a sexualidade, convertendo corpos em palcos de vigilância moral. A vivência medicamente assistida da soropositividade transforma o prazer em prática monitorada, onde a carga viral e as estratégias de prevenção suplantam a espontaneidade erótica. A possibilidade de rejeição ou de "contaminação simbólica" do parceiro, ainda que cientificamente infundada, engendra ansiedade e inibição.

A narrativa de Boto (70 anos, homossexual) ilustra tal complexidade ao relatar a diminuição de sua atividade sexual, motivada pela busca por vínculos afetivo-sexuais mais estruturados, que lhe proporcionem maior segurança frente ao contexto de cuidado contínuo e monitoramento da carga viral. Vejamos:

O que eu mais tenho em casa é camisinha e lubrificante, ótimo, namora tudo, mas não se descuida do remédio, porque tu não podes aumentar a carga viral. A minha vida sexual até melhorou, porque eu tô mais reservado, assim, é com parceiro mesmo, entendeu? Acho que eu tô assim mais exigente, porque tem muitas coisas assim, a gente paquera tudinho, mas chegar nos finalmentes, tem muitas coisas que, com a roupa, você via diferente, sem roupa é outra coisa. Eu já passei 5 meses, 6 meses,

atualmente estou com 4 meses sem ter relações. E realmente, eu não sinto vontade. Eu fico pensando assim: “Fulano, você está diminuindo aquela libido, né, do sexual.” Não, é porque eu estou mais exigente para ter relações, porque eu já fiz relações com bebês, e caramba, hoje em dia eu não faria mais, entendeu? E agora, hoje em dia, eu faço, tipo assim, escolho, vejo legal o parceiro que vai curtir.

Apesar do estigma social poder levar à diminuição da libido, sua fala aponta para uma resignificação do desejo caracterizada e moldada por suas prioridades afetivas e sexuais. A exigência por relações mais profundas e significativas, longe de ser um "sintoma" de disfunção, pode ser lida como uma forma de agência frente às pressões sociais imbricadas ao HIV/AIDS analisadas por Parker e Aggleton (2021).

Desse modo, o diagnóstico de HIV, longe de extinguir o desejo, o requalifica a partir de novos parâmetros morais e afetivos com base nas relações de gênero. A vivência com o vírus não anula a sexualidade, mas a reorienta mediante um crivo ético que resignifica o prazer, concretizando que, de fato, o vírus não mata o desejo, e as pessoas idosas vivendo com HIV em Manaus – AM ainda encontram maneiras de exercer suas sexualidades, o que pede que os dispositivos públicos abram espaço não só para o tratamento medicamentoso, mas também para o cuidado que reconhece o corpo envelhecido como território possível de prazer, vínculos e reinvenção.

3.3 O HIV na velhice em Manaus - AM: problemáticas e enfrentamentos no âmbito da política de saúde

De acordo com o documento Diretrizes para a Eliminação da Aids e da Transmissão do HIV como Problema de Saúde Pública no Brasil até 2030 (BRASIL, 2025), as estratégias centrais adotadas pelo governo brasileiro para o combate e a prevenção do HIV e da Aids envolvem a construção de uma agenda intersetorial, interministerial e interprogramática no âmbito do Programa Brasil Saudável; a criação de linhas de cuidado regionalizadas que articulem os diferentes níveis de atenção em saúde; o fomento à pesquisa e à incorporação de tecnologias inovadoras; a ampliação de políticas de humanização com foco na redução do estigma, do racismo estrutural, da LGBTQIAPN+fobia e do machismo; a articulação com a sociedade civil; e o aprimoramento da comunicação em saúde.

Essas estratégias são pensadas para toda a população brasileira, mas direcionam-se a grupos historicamente mais vulnerabilizados ao HIV, como homens que fazem sexo com homens, travestis, pessoas trans, profissionais do sexo e usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2025). Ainda que representem avanços ao preconizarem ações intersetoriais e o

enfrentamento das desigualdades históricas da epidemia (Parker; Aggleton, 2021), essas diretrizes não conferem visibilidade específica à população idosa, que permanece referida de forma tangencial ou mesmo omitida.

Termos como “velhice”, “pessoa idosa” ou “terceira idade” não são mencionados em nenhuma seção do documento. Considerando o aumento dos casos de HIV entre pessoas com mais de 60 anos nas últimas décadas, bem como os entraves específicos enfrentados por esse grupo no acesso à informação, diagnóstico, prevenção e cuidado (Alencar; Ciosak, 2016), tal ausência revela-se inquietante.

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2024 (BRASIL, 2024), entre 2007 e 2024, foram notificados 19.058 casos de HIV em pessoas com 60 anos ou mais. Observa-se, nos últimos seis anos, 1.764 registros em 2019, uma queda em 2020 (1.364 casos), seguida de aumento progressivo em 2021 (1.591), 2022 (1.993) e 2023 (2.207). Já em 2024, identifica-se uma redução expressiva, com 956 casos notificados — a maior queda desde 2014. No entanto, apesar dessa redução, o número ainda supera o registrado entre jovens de 15 a 19 anos no mesmo ano, o que demonstra a relevância da infecção pelo HIV entre pessoas idosas, mesmo em comparação com faixas etárias tradicionalmente associadas à iniciação da vida sexual.

Essa realidade, como já discutido, também se manifesta no contexto amazonense. De acordo com dados do Painel Epidemiológico da FVS (2025), no município de Manaus, capital do estado do Amazonas, foram notificados 445 casos de HIV entre pessoas com 60 anos ou mais no período de 2019 a 2024. Em 2019, foram registrados 58 casos, enquanto em 2024 esse número chegou a 102, evidenciando um crescimento de aproximadamente 76% no intervalo analisado. A média anual de diagnósticos positivos nesse segmento foi de 74 casos. No mesmo período, ocorreram 172 óbitos por AIDS entre pessoas idosas, o que representa uma taxa de letalidade em torno de 38,6%, revelando que cerca de quatro em cada dez pessoas idosas diagnosticadas com HIV vieram a óbito em decorrência da doença.

Esses dados epidemiológicos asseveram que o público idoso constitui, sim, um grupo relevante no cenário da epidemia, sendo fundamental recorrer ao Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 2022), que assegura o atendimento integral, universal e prioritário à saúde da população idosa no SUS, com atenção especial às doenças que afetam essa faixa etária. O Estatuto também orienta que os profissionais de saúde estejam capacitados para lidar com as especificidades gerontológicas em todos os níveis de atenção à saúde.

Conforme as diretrizes do SUS voltadas à população idosa (Brasil, 2014), a atenção à saúde nessa etapa da vida deve englobar ações de promoção, diagnóstico, prevenção de ISTs, tratamento, reabilitação, incentivo ao autocuidado, cuidado em saúde mental e manejo das

condições clínicas mais incidentes, com a participação ativa de familiares e cuidadores. Instrumentos como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, os Cadernos de Atenção Básica e a qualificação contínua das equipes de Atenção Primária são considerados eixos estratégicos para assegurar o acesso digno e humanizado dessa população aos serviços de saúde.

Esse conjunto de normativas e orientações apontam que, embora a sexualidade não seja tratada como eixo central nas políticas públicas voltadas à velhice, ela está implicitamente contemplada na noção de cuidado integral, sendo reconhecida como componente da qualidade de vida e, portanto, uma dimensão legítima de abordagem profissional.

A ausência de diretrizes específicas do Ministério da Saúde e do Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e ISTs para a saúde sexual da população idosa frente ao HIV e outras infecções transfere a responsabilidade para a interpretação e ética de profissionais e gestores locais, se consolidando, assim, como uma lacuna normativa que invisibiliza a velhice no planejamento programático em saúde sexual e reprodutiva.

Refletir sobre o HIV na velhice excede um olhar reducionista centrado no modelo biomédico, demandando a consideração crítica das condições socioeconômicas, culturais e institucionais que conformam a vulnerabilidade e as respostas à infecção. Em contextos de profundas desigualdades, como na cidade de Manaus/AM, urge superar leituras moralizantes baseadas no "comportamento de risco", associadas ao diagnóstico em qualquer idade, e adotar uma abordagem ampliada que apreenda os determinantes estruturais da saúde e da sexualidade na velhice.

Essa perspectiva é crucial para interpretar tanto os testemunhos das pessoas idosas diagnosticadas quanto os relatos de profissionais de saúde, ativistas e gestores de serviços especializados. Esses atores expõem, em sua prática cotidiana, os limites concretos e os desafios persistentes para assegurar cuidado integral a essa população, especialmente no que concerne à prevenção, educação sexual e acolhimento pós-diagnóstico.

Diante disso, Bronzo e Veiga (2004) alertam para a distinção conceitual entre "risco" e "vulnerabilidade", frequentemente utilizados de maneira intercambiável, embora refiram-se a dimensões distintas. O risco designa a probabilidade mensurável de ocorrência de um agravo, ao passo que a vulnerabilidade expressa um estado de exposição a tais riscos, conjugado a restrições materiais, simbólicas ou comportamentais que diminuem a capacidade de enfrentamento. Assim, enquanto o risco é circunstancial e quantificável, a vulnerabilidade é estrutural, complexa e multidimensional.

As limitações que conformam a vulnerabilidade extrapolam o domínio individual, sendo engendradas por fatores comunitários, familiares e ambientais, o que evidencia a

imperatividade de abordagens intersetoriais nas políticas públicas. Medidas centradas exclusivamente na contenção de riscos individuais, como a distribuição de preservativos, mostram-se inócuas se descoladas das vulnerabilidades estruturais, como a pobreza, a estigmatização e a carência de educação sexual.

Reppold et al. (2002) endossam essa leitura ao indicar que sujeitos em contextos de maior vulnerabilidade tendem a reagir de forma menos eficaz a eventos adversos, o que acentua os danos. Assim, a vulnerabilidade não é mero subproduto das adversidades vividas, mas fator determinante na forma como são experimentadas e enfrentadas. Compreendê-la é, portanto, crucial para a formulação de estratégias de cuidado que ultrapassem a lógica da responsabilização individual, promovendo redes de suporte sólidas.

A precarização das condições de existência agrava-se diante da morosidade e ineficiência estatal. Bronzo e Veiga (2004) asseveram que famílias em situação de pobreza, à margem da proteção social, enfrentam fragilidades concatenadas, como baixa escolarização, moradias precárias e ausência de cuidados em saúde, que comprometem sua capacidade de enfrentamento. Isso ressalta a urgência de políticas públicas voltadas à velhice, sensíveis às especificidades territoriais e aos marcadores sociais da diferença.

Logo, é inviável dissociar o enfrentamento do HIV na velhice da racionalidade ultraneoliberal que rege o Estado brasileiro, bem como da condição de exclusão que acomete expressivo contingente de pessoas idosas. Como sublinha Casara (2021), o ultraneoliberalismo opera como engrenagem de produção sistemática de desigualdades, naturalizando a exclusão social como subproduto da “liberdade de mercado” e convertendo direitos sociais em mercadorias. Essa orientação enseja o desmonte das políticas públicas, visível no crônico subfinanciamento do SUS e na crescente mercantilização da saúde.

Na velhice, Debert (1999) adverte que essa lógica neoliberal atrelada ao sistema capitalista cria o processo de reprivatização do envelhecimento, ou seja, desloca para a esfera individual a responsabilidade pelo bem-estar na velhice, ao mesmo tempo em que invisibiliza as desigualdades estruturais que penetram essa fase da vida. As pessoas idosas trabalhadoras, assim, enfrentam não apenas as inevitáveis adversidades biológicas causadas pela velhice, mas também a violência de um Estado que os trata como sobras descartáveis.

De acordo com a PNAD 2024, a população com 60 anos ou mais no Brasil cresceu 55,4% em 12 anos, chegando a 35,2 milhões de pessoas. Esse grupo tem aumentado sua participação na População em Idade Ativa (PIA), que passou de 15% para 20% entre 2012 e 2024. Apesar desse avanço, a inserção das pessoas idosas no mercado de trabalho ocorre sob condições vulneráveis, com alta informalidade: 53,8% dos trabalhadores idosos atuam em

empregos informais, índice superior à média nacional.

Na Região Norte, a escolaridade das pessoas idosas ocupadas tende a ser reduzida, o que acentua a precariedade das ocupações laborais (PNAD, 2024). Esses indicadores denotam que, embora haja um incremento tanto na longevidade quanto na permanência dessas pessoas no mercado de trabalho, impulsionado essencialmente pela necessidade econômica, a qualidade do emprego e as condições sociais desse segmento, tanto nacionalmente quanto no âmbito regional, ainda demandam intervenções e políticas públicas específicas.

Esse panorama escancara o quadro de vulnerabilidade social e econômica que aflige essa população, na qual muitos indivíduos, mesmo com acesso a benefícios como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadoria, optam por permanecer ativos laboralmente não por opção, mas por imperiosa necessidade. Como pondera Debert (1999), nesse processo de reprivatização da velhice, os recursos estatais ofertados não parecem atender integralmente às reais demandas e especificidades das pessoas idosas.

Ancorada nesses pressupostos, a presente pesquisa, desenvolvida na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), em Manaus – AM, situa-se num contexto institucional que emerge como importante porta de entrada para populações marcadas por vulnerabilidades sociais, econômicas e sanitárias. Essa instituição congrega sujeitos cujas trajetórias se encontram perpassadas, em sua maioria, por desigualdades históricas e estruturais, constituindo-se, portanto, como um *lócus* de visibilização das tensões, lacunas e possibilidades inerentes às políticas públicas de saúde, ao expor as limitações das estratégias vigentes, essencialmente no que tange à população idosa.

Cumprir destacar que o atendimento hospitalar às pessoas vivendo com HIV deve pautar-se nas orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2024. O documento preconiza uma abordagem centrada na escuta qualificada e acolhedora, privilegiando a construção de vínculo e confiança. É fundamental que essa abordagem contemple as especificidades e vulnerabilidades do paciente desde o diagnóstico, integrando avaliações de saúde mental, relações sociais, condições socioeconômicas e redes de apoio, a fim de assegurar um cuidado integral e sensível que viabilize a adesão plena à terapia (BRASIL, 2024).

Assim, compreender como a questão do HIV na velhice tem sido enfrentada no cotidiano hospitalar em Manaus exigiu escutar quem está na linha de frente do cuidado. As vozes dos profissionais de saúde da FMT-HVD, sob uma perspectiva interdisciplinar, que acompanham de perto as complexidades dessa realidade, revelaram aspectos cruciais que escapam aos discursos institucionais e aos dados oficiais.

Nos dilemas que atravessam a resposta ao HIV na velhice, particularmente no âmbito das políticas públicas, os profissionais de saúde da FMT-HVD convergem unanimemente na identificação da carência de campanhas educativas de ampla abrangência dirigidas especificamente a essa população como a principal barreira. Essa invisibilidade institucional da velhice nas estratégias preventivas compromete frontalmente a eficácia das intervenções, obstaculizando o reconhecimento do risco e o diagnóstico precoce.

Ao investigar a existência de campanhas direcionadas às pessoas idosas no contexto do HIV/AIDS, se constatou a inexistência, até o momento, de iniciativas de larga escala promovidas pelo Governo Federal que abordem de forma específica e contínua essa problemática, inclusive durante o Dezembro Vermelho, período tradicionalmente dedicado à conscientização sobre a doença. As ações permanecem pontuais e restritas a esferas estaduais ou municipais, sendo igualmente escassas, ainda que a produção midiática e científica venha destacando as complexidades associadas ao aumento das infecções nessa faixa etária.

A maioria das campanhas de sensibilização e publicações relativas ao tema continuam sendo promovidas por instituições privadas ou organismos internacionais não vinculados ao governo federal, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), conforme ilustrado na colagem de imagens da figura 8:

Figura 6 - Colagem de imagens de campanhas sobre HIV voltadas para pessoas idosas.



Fonte: UNAIDS (2024) e SBGG (2024).

A colagem apresentada na Figura 8 reúne exemplos de campanhas e postagens

informativas promovidas por ambas as instituições no ano de 2024, durante o Dezembro Vermelho. As peças destacam informações voltadas especificamente às pessoas idosas, chamando atenção para uma realidade que tem se ampliado, mas que ainda permanece invisibilizada pelas campanhas institucionais e governamentais.

Além da escassa representação das pessoas idosas nas campanhas institucionais, como as promovidas durante o Dezembro Vermelho pelo Ministério da Saúde, Bacaba (Assistente Social, FMT-HVD) destaca uma problemática adicional: a sazonalidade das ações educativas. Para ela, a fragmentação das campanhas em períodos específicos limita a continuidade do debate e a conscientização efetiva sobre a prevenção do HIV nessa população, contribuindo para o seu esquecimento nas políticas públicas. Em suas palavras:

As campanhas são muito importantes, elas estão meio que esquecidas. A gente estava muito só, tipo, janeiro é saúde mental, como se cada mês você só pudesse falar daquilo. Então, eu acho que estamos num período em que a gente está um pouco afastado disso, um pouco esquecido desse falar de novo. Eu acho que a campanha funciona muito bem, né? Por que a gente faz uma campanha de carnaval só com jovens? E os idosos, não pulam carnaval? E o vovô também não toma gin? Então, por que não falar de um idoso que no carnaval precisa lembrar que precisa usar o preservativo? Por que não há essa inclusão? Eu acho que isso precisa retornar, porque o Brasil não é um país mais de jovens, vai ser um país de idosos. Mas isso está muito parado, está muito quieto agora. Eu vejo que está tudo muito adormecido (Entrevista, 2025).

Emerge, a partir do apontamento da assistente social, a evidência de que sua atuação no campo da saúde, sobretudo junto a pessoas idosas, demanda uma conjugação entre uma abordagem técnico-operativa e uma reflexão crítica acerca das disparidades sociais subjacentes. De acordo com Clementino e Souza (2017), o HIV/Aids manifesta-se como uma expressão da questão social, impondo intervenções que ultrapassem a dimensão biológica para abarcar as determinações político-econômicas e subjetivas que permeiam o adoecimento. Destarte, ao assistente social compete a função primordial de promover escuta qualificada, acolhimento humanizado, articulação com redes de suporte e garantia do acesso a direitos.

Nesse espectro, Iamamoto (2007) enfatiza a necessidade de o profissional decifrar a realidade social dos sujeitos, mobilizando saberes e competências para intervir diante da precarização dos serviços e da desigualdade estrutural. No âmbito hospitalar, tal incumbência traduz-se na integração do cuidado clínico com ações que reconheçam o envelhecimento como fenômeno multifacetado, exigindo respostas intersetoriais e uma sensibilidade aguçada às vulnerabilidades sociais. A crítica à sazonalidade das campanhas e à invisibilidade da pessoa idosa nas peças publicitárias materializa, assim, um obstáculo latente à prática profissional.

Nas campanhas de prevenção às ISTs do Ministério da Saúde para o Carnaval de 2025,

observou-se uma explícita valorização da diversidade sexual, com representações que abarcam jovens de variadas orientações sexuais e contextos culturais. Ainda que uma pessoa idosa figure em uma das peças, a prevenção às ISTs não foi abordada em seu contexto. Os materiais informativos dedicaram-se exclusivamente a orientações relativas a cuidados solares, hidratação, vacinação e prevenção da desidratação, conforme ilustrado na figura 9:

Figura 7 - Colagem da campanha do Ministério da Saúde para pessoas idosas no Carnaval.



Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2025).

Essa ausência de comunicação sexual e preventiva voltada à pessoa idosa em contextos festivos, como o Carnaval, reforça estereótipos de que as pessoas idosas não mantêm relações sexuais ou não precisam se proteger contra ISTs. Mesmo quando representada visualmente, a população idosa é posicionada em narrativas desvinculadas da sexualidade, como se fossem assexualizadas, o que perpetua invisibilidade informacional e limita a eficácia das campanhas que deveriam promover saúde sexual inclusiva e universal.

Açaí (Enfermeiro, FMT-HVD) refere preocupação com esse cenário de invisibilização da problemática na velhice e aponta falhas estruturais na política de prevenção, com ênfase no contexto governamental amazonense, que cria a percepção de que o Estado opera com lógica emergencial e episódica, restringindo-se a datas específicas, como o Dezembro Vermelho, e negligenciando o enfrentamento cotidiano e permanente da epidemia:

A minha opinião pessoal é que o estado do Amazonas é muito falho em relação à divulgação, principalmente de prevenção. A gente quase não vê por aí divulgação em relação ao combate do HIV. A gente vê muito no mês de dezembro, e mesmo assim, não é muito ainda. O que se passa na televisão, a maior parte que tem é no mês de

dezembro. Então, acho que falta muito, sim, do estado trabalhar mais em relação a isso o ano inteiro, todos os meses do ano. Na televisão, outdoors, tudo do tipo. A gente quase não vê nada sobre isso na televisão. Pelo menos eu não vejo. Não tem, é muito difícil. E quando tem, dessas vezes, existem imagens muito do jovem. Ou seja, se parar para analisar, é como se o idoso não fosse pegar HIV ou não estivesse suscetível ao HIV. Está certo que o público maior do HIV são jovens. Mas os idosos também estão ali e podem pegar, sim, o HIV.

No estado do Amazonas, há registro público e acessível de apenas duas ações voltadas especificamente à população idosa: uma promovida pela Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania (SEJUSC, 2019), em 2019, que consistiu em uma roda de conversa com o tema “Vulnerabilidade da pessoa idosa ao HIV/AIDS”, realizada com o Grupo de Idosos Santuário da Vida na Comunidade Menino Jesus, com a participação de 40 pessoas idosas; e outra em 2023, organizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM, 2023), que incluiu palestras sobre “Cuidados com medicamentos e os riscos da automedicação” e “HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis”, no Parque Municipal do Idoso.

A falta de instrução ampla, contínua e adequada sobre o HIV entre pessoas idosas é um desafio significativo, que contribui para a perpetuação de vulnerabilidades nesse grupo. Andrade (2021) critica que o envelhecimento é persistentemente associado a uma invisibilidade social que exclui as pessoas idosas das discussões sobre sexualidade e prevenção de IST. Essa exclusão reforça a falsa crença de que a infecção pelo HIV não lhes diz respeito, dificultando o acesso à informação correta e a adoção de comportamentos preventivos.

As pessoas idosas infectadas pelo HIV, que são atendidas na FMT, referem a surpresa e o impacto de vivenciar essa experiência em uma fase da vida marcada, para muitos, por uma suposta diminuição da atividade sexual. Tamandúá (74 anos, homem) refere que não imaginava ser possível receber o diagnóstico positivo de HIV em sua velhice “porque tanto quando você diminui a quantidade de fazer sexo, um dia se interessa e depois, aos poucos, você vai se desinteressando. Então não passava pela minha cabeça, ainda mais depois de velho”.

A ideia do entrevistado ilustra o estigma associado às origens da epidemia de HIV/Aids. Por ser uma infecção sexualmente transmissível, o vírus foi vinculado a práticas consideradas transgressoras e imorais. Consequentemente, indivíduos em relacionamentos monogâmicos e heteronormativos acreditavam-se imunes, associando a doença à multiplicidade de parceiros ou à alta atividade sexual. Para Parker e Aggleton (2021), esse estigma restringiu a percepção de risco a grupos considerados “fora da norma”.

No entanto, essa visão é problemática. Alencar e Ciosak (2016) alegam que pessoas idosas, devido à falsa sensação de proteção gerada pela redução da frequência sexual, acabam subestimando o risco real de contaminação. Mesmo quem mantém relações sexuais esporádicas

ou em baixa frequência pode estar vulnerável ao HIV, o que reforça a necessidade de ampliar o entendimento sobre vulnerabilidade e prevenção nessa população.

Ainda, para além dos fatores socioculturais e informacionais, há também elementos biológicos que contribuem para aumentar a vulnerabilidade de pessoas idosas ao HIV, e que são poucos conhecidos e difundidos, mas que são importantes para tratar a problemática com mais atenção, como alerta Pupunha (Médica, FMT-HVD):

Muitos idosos não se vêem como parte do grupo de risco para o HIV e, por isso, não adotam medidas preventivas, como o uso de preservativos. Além disso, fatores biológicos aumentam a vulnerabilidade dessa população ao HIV. Em mulheres na pós-menopausa, por exemplo, a redução da lubrificação vaginal pode facilitar microlesões durante a relação sexual, fazendo com que elas possam optar pelo o não uso do preservativo, aumentando o risco de transmissão do vírus (Entrevista, 2025).

Segundo Nierotka e Ferretti (2023), as alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, associadas à coexistência de comorbidades crônicas como diabetes e hipertensão, podem comprometer a resposta imunológica e intensificar a progressão da infecção pelo HIV. Ademais, o envelhecimento natural acarreta a fragilização da integridade da pele e das mucosas, tornando-as mais vulneráveis a microlesões durante o ato sexual. Nas mulheres idosas, a atrofia vaginal e a redução da lubrificação aumentam a suscetibilidade a microfissuras durante a penetração, facilitando a entrada do vírus. Condições bucais, como gengivites e cáries expostas, igualmente são potenciais portas de entrada para o HIV em práticas de sexo oral.

Apesar dos riscos fisiológicos e clínicos apontados, a testagem para HIV enfrenta barreiras significativas no cuidado à pessoa idosa. Como discute Ponce de Leão (2015), tanto usuários quanto profissionais resistem ao tema: as pessoas idosas com recorrência interpretam abordagens sobre sexualidade e prevenção como ofensivas e invasivas, enquanto profissionais temem “pisar em ovos” diante da possível reação negativa dos pacientes.

Nesse ambiente de silêncio institucional e resistência, estratégias alternativas de cuidado são adotadas entre as pessoas idosas, que recorrem a saberes populares e práticas informais. Em Parintins (AM), como investigam Ponce de Leão e Torres (2017), homens mais velhos utilizam “garrafadas” — infusões de ervas regionais — para preservar a vitalidade sexual e prevenir doenças, confiando mais na experiência acumulada e na avaliação visual machista da parceira do que no uso do preservativo.

O descompasso entre crenças populares e a realidade epidemiológica está presente nas falas de pessoas idosas vivendo com HIV, como Peixe-boi (68 anos), que demonstra incompreensão quanto à atual dinâmica da infecção: “Na hora me deram um laudo que eu tava

com HIV, eu disse: ‘Não doutora, eu não tô com HIV não, porque na época que tava na pandemia mesmo, no começo, eu nunca peguei, nunca tive sintoma nenhum, e como é que eu tô com HIV agora?’” (Entrevista, 2025).

Esse distanciamento comentado por Peixe-boi (68 anos) reforça um imaginário defasado, que alimenta negligência médica, atraso diagnóstico e baixa adesão às medidas preventivas, especialmente entre as pessoas idosas que não se percebem como “grupo de risco”, categoria muito focada no início da epidemia nos anos 1980 e 1990 (Greco, 2008).

Alencar e Ciosak (2016) ressaltam que esse cenário agrava o diagnóstico tardio e compromete o tratamento, dado o avanço acelerado das comorbidades nessa faixa etária. Sintomas inespecíficos, comuns a diversas doenças/condições geriátricas, dificultam o diagnóstico diferencial e podem postergar o início da terapia antirretroviral por meses, como exemplifica Peixe-boi (68 anos, heterossexual), ao relatar o processo de sua confirmação sorológica:

A gente passou por um monte de clínicos aqui na Zona Leste, pagamos clínicas particulares. Eu tava bonzinho, não sentia nada. Tinha feito aquele exame de rotina completo, aí o doutor falou que eu tava com uma labirintite muito alta. Mas ele não explicou nada, só falou isso e pronto. Depois, minha filha marcou outra consulta, levei os exames, e a médica disse que realmente tava alto e passou um comprimido. A partir daí comecei a piorar: veio a tosse, dor nas costas, dor no ouvido. Aí fui em outra clínica, e a médica disse: “Seu caso não é labirintite, parece ser algo mais sério”. Já fazia 30 dias que eu tomava o remédio, e só piorava. Cancelei o remédio. Fiz tomografia, raio-x, ressonância, nada aparecia. Gastei 500 reais. Aí minha filha disse: “Vamos no Tropical”. Chegando aqui, fiz outra tomografia. O médico viu uma alteração e pediu outra logo em seguida. Na segunda, ele disse que eu ia precisar ser internado por causa de uma bactéria no pulmão. Durante os exames de sangue, aí sim descobriram, que além desse problema, eu tava com HIV (Entrevista, 2025).

A experiência de Peixe-boi, cujo diagnóstico só ocorreu após múltiplas consultas e exames em serviços privados, exemplifica um problema crônico na atenção básica: a ausência de testagem rotineira para HIV em pessoas idosas. Nierotka e Ferretti (2023) descrevem que a percepção equivocada da assexualidade no envelhecimento e a falsa premissa de que essa população estaria fora de risco levam profissionais da atenção primária a não solicitar o exame anti-HIV. A carência de capacitação e a inexistência de protocolos que integrem a sexualidade da pessoa idosa na anamnese reforçam deficiências estruturais no sistema de atenção básica, culminando em diagnósticos apenas nos níveis secundário ou terciário de atenção.

Tucano (68 anos, heterossexual), por sua vez, enfrentou um percurso ainda mais prolongado e precário até o diagnóstico. Ele relata um intervalo de aproximadamente seis meses até o início efetivo do tratamento antirretroviral em 2021, aos 65 anos. Assim como Peixe-boi,

o caminho para a identificação do vírus e início do tratamento foi marcado por sucessivas idas a clínicas, consultas médicas e uso de medicações sintomáticas, sem que qualquer profissional cogitasse a possibilidade da infecção pelo HIV:

Para poder me diagnosticar que eu estava com HIV, que me mandaram pra cá, foi mais ou menos uns seis meses, por aí. [...] Demorou porque eu fui em muitos cantos, aí ficavam me cuidando, mandavam, me davam injeção, me levavam no médico lá. Tinha uma enfermeira que morava lá perto de casa e me dava medicamento, essas coisas. Até que o meu filho me levou lá no hospital, me levou no 28, aí foi que me transferiram pra cá, que eles falaram que eu estava com essa doença, deu no exame lá, né? Mas daí eu fiquei aqui, eu fiquei internado aqui, cuidando aqui, tomando medicamento aqui mesmo. E assim fui, né? Eu fui esquecendo também. Eu comecei a me acompanhar, eu tinha companhia também que vinha, né? Que não podia ficar só. Eu sei que eu fiquei tipo uma caveira. Eu fiquei com 44 quilos (Entrevista, 2025).

A experiência descrita alerta para uma dinâmica grave entre pessoas idosas, em que a infecção pelo HIV só é detectada pelo sistema de saúde quando o organismo já se encontra gravemente comprometido, manifestando sinais como emagrecimento acentuado, cefaleias persistentes, distúrbios neurológicos ou imunossupressão avançada (Alencar; Ciosak, 2016).

Nierotka e Ferretti (2023) explicam que isso decorre, em parte, da prevalência de um modelo biomédico centrado em doenças crônicas não transmissíveis, que negligencia a sexualidade como componente ativo da velhice. Dessa forma, os sintomas iniciais do HIV são muitas vezes interpretados como manifestações do “envelhecimento natural”, retardando ou mesmo impedindo o diagnóstico precoce, como exemplifica Garça (70 anos) ao descrever os sintomas inespecíficos que experimentou no início da infecção:

Eu comecei a perder a minha percepção visual, eram umas coisas na minha cabeça, umas dores de cabeça. Aí, em dado momento, eu começava a sentir aquele mal-estar e comecei a notar que o meu cabelo tava caindo, a dor de cabeça era muito grande. Quando eu voltei com o médico, foi que ele me falou. Aí dá aquele friozinho, assim, parece que o chão quer cair (Entrevista, 2025).

Diante da gravidade da situação exposta, é pertinente a denúncia de Alencar e Ciosak (2016) de que muitas pessoas idosas progridem para a fase da AIDS com complicações severas, sem que a infecção pelo HIV seja sequer cogitada, culminando em óbitos não registrados nas estatísticas oficiais e ampliando a subnotificação. Os relatos analisados apontam, com veemência, uma falha sistêmica. Seja em um mês, seis meses ou mais, a negligência na detecção precoce da infecção na população idosa implica uma invisibilização estatística.

Essa realidade é confirmada pelo enfermeiro Açaí (FMT-HVD, Entrevista, 2025), que relata os frequentes atrasos diagnósticos: “Isso, inclusive, é muito rotineiro, recorrente. Como

eu falei, os idosos meio que são deixados de lado. Muitos desses idosos chegam aqui no Tropical, mas já rodaram vários hospitais e UBSs antes. Ninguém nunca nem se atentou em pedir um exame sorológico. Isso é rotina”.

Essa negligência estrutural transcende os protocolos institucionais, infiltrando-se silenciosamente nas percepções e vivências cotidianas dos próprios profissionais da saúde, sendo denunciado por Rio Negro (Movimento Social, Entrevista, 2025), representante da coordenação do Fórum Amazonas de Osc/ist/hiv/aids/hv e TB, vinculado à Associação de Redução de Danos do Amazonas (ARDAM), que alega como o preconceito etário e o silenciamento institucional sobre a sexualidade na velhice também estão presentes na experiência íntima dos profissionais das instituições de saúde, inclusive na FMT-HVD:

A maioria do quadro da Fundação é de pessoas idosas. Um profissional só descobriu HIV aqui porque eu insisti para fazer. Porque nem os próprios colegas, nem ele, pensou no HIV. Pagou todos os planos de saúde, fez todos os exames, mas não fez o do HIV. E ele só descobriu porque eu insisti. Agora, tu imaginas o funcionário que acha que nunca vai chegar nesse ponto, atender um idoso e acha que o idoso não transa. Tu já pensaste nisso? E aí, a gente viu o crescimento do HIV nos idosos (Entrevista, 2025).

Rio Negro expõe uma realidade prejudicial no campo da saúde, em que mesmo profissionais que atuam em instituições especializadas reproduzem estigmas. Greco (2008) argumenta que o preconceito enraizado contra PVHA não se restringe à sociedade em geral, ele se manifesta também entre aqueles que deveriam garantir cuidado livre de julgamentos. O medo do contágio e a moralização da sexualidade, assim, ainda influenciam condutas médicas, levando à negligência, mesmo pessoal, como no caso citado.

Esse fenômeno é agravado quando intersectado pela idade, pois a associação comum entre velhice e assexualidade naturaliza a exclusão desse grupo das políticas de testagem. Andrade (2021) reflete que concepções equivocadas sobre a velhice, como a infantilização ou a dessexualização, orientam práticas clínicas excludentes.

Quando profissionais de saúde internalizam esses estereótipos, há um apagamento que não é ingênuo, pois está vinculado a uma moralidade que enxerga a sexualidade como atributo exclusivo de corpos jovens, alinhada a discursos neoconservadores que patologizam o prazer fora dos marcos reprodutivos (Foucault, 1988). Açaí (Enfermeiro, FMT-HVD, Entrevista, 2025), confirma: “Sim. Já ouvi muitos profissionais falando que idoso não transa, que idoso nem sobe. Já houve casos, inclusive recentes, na dermatologia, em que exames foram pedidos, o HIV passou batido, e só agora foram descobertos” (Entrevista, 2025).

Essa falha coloca em evidência a necessidade de práticas mais capacitadas no

atendimento, seja no momento do diagnóstico ou durante o acompanhamento terapêutico. Alencar e Ciosak (2017) salientam que a humanização no cuidado é um requisito essencial para garantir a adesão ao tratamento, sobretudo entre as pessoas idosas, que regularmente enfrentam limitações relacionadas à memória, à autonomia funcional e ao uso contínuo de medicamentos.

A participação ativa da família e de redes de apoio também é importante para reforçar os vínculos de cuidado, oferecer suporte emocional e auxiliar no manejo diário da medicação, contribuindo não apenas para a continuidade do tratamento, mas também para a dignidade e a qualidade de vida dessas pessoas, essencialmente diante de experiências em que o acolhimento institucional falha ou revitimiza esses sujeitos (Nierotka; Ferretti, 2023).

Rio Negro (Representante do movimento social) denuncia um episódio de violação e humilhação no atendimento farmacêutico a uma pessoa idosa que acabara de receber o diagnóstico positivo, expondo o preconceito institucional e o despreparo através da falta de sensibilidade para com a dor dos pacientes:

Teve uma vez aqui que foi cruel. A senhora descobriu a sorologia dela, que veio do interior. Foi pra consulta, recebeu a consulta e veio. Primeira coisa que a gente vê quando recebe o diagnóstico: eles dão uma receita. Depois, a gente não precisa mais de receita pra ir na farmácia. Aí ela foi até a farmácia. E essa moça da farmácia era jovem. A senhora chegou lá e não viu o painel que chama as pessoas. Ela foi direto, né? Mandaram ela ir na farmácia, então ela foi direto. Essa atendente jovem da farmácia esculhambou com ela. Perguntou se ela era burra, se não sabia ler, se não sabia olhar pro painel. Gritando! Todo mundo ficou olhando. A irmã dela tentou proteger e a senhora acabou chorando muito, dizendo que não queria mais tomar medicamento. Eu fui lá, abracei ela, tentei acalmar. Fiquei muito brava e fui na ouvidoria reclamar. Só que a atendente da ouvidoria era mãe da moça da farmácia e negou o problema, falou que a gente não era nada aqui e não deixou formalizar a denúncia. A moça da farmácia ainda apareceu lá e chamou de novo a senhora de burra na nossa cara. Foi um bafafá, uma outra funcionária defendeu a atendente, e depois descobri que a responsável pela farmácia na verdade era do serviço gerais e sumiu depois disso. E a filha da ouvidora ainda disse depois que o diretor mandava arquivar todas as denúncias porque a gente só falava merda, que a gente não era nada aqui. Isso me destruiu. Fui direto na direção, mandei denúncia para a secretaria de saúde, e no dia seguinte a atendente não estava mais trabalhando. Mas sabe o que mais me doeu? A paciente. A vida dela parece que acabou ali. Ela recebeu o diagnóstico dela. Ela foi destratada. Maltratada. Humilhada. Passou por todo tipo de constrangimento. Uma mulher idosa. Mais de 60 anos. E a irmã dela também, uma senhora (Entrevista, 2025).

A denúncia de Rio Negro desnuda omissões institucionais que violam o Estatuto da Pessoa Idosa (2003), subvertendo também as diretrizes do atendimento humanizado às PVHA (BRASIL, 2024). Nesse cenário, o Fórum Amazonas de Organizações da Sociedade Civil em IST/HIV/Aids/HV/TB, do qual Rio Negro é representante, assume papel estratégico. Fundado em 2002, o Fórum atua em Manaus e no interior do Amazonas, voltado à educação permanente em saúde, suporte às pessoas vivendo com HIV/Aids e à mobilização de denúncias.

Segundo Fernandes e Aquino (2016), movimentos dessa natureza exercem pressão política decisiva, conferindo visibilidade e protagonismo a grupos vulnerabilizados, exigindo responsabilização estatal e impulsionando políticas públicas humanizadas e inclusivas. No contexto do HIV, Teodorescu e Teixeira (2015) asseveram que essa atuação é ainda mais premente, pois confronta o estigma social e a inépcia profissional.

No Amazonas, Organizações da Sociedade Civil têm histórico de atuação contínua no enfrentamento ao HIV/Aids. Kadri e Schweickardt (2016) destacam grupos como a Associação Amavida, pioneira junto a profissionais do sexo; o Grupo Gay do Amazonas (hoje Associação Amazonense GLBT), ativo desde 1992 na promoção dos direitos LGBT; a Associação dos Soropositivos do Amazonas; e a Rede de Amizade e Solidariedade, com enfoque educativo junto à FMT-HVD.

No âmbito estatal, as ações são coordenadas pelo Programa Estadual de ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM, 2018), guiado pelo Plano Estadual que estrutura esforços em vigilância epidemiológica, assistência às PVHA e mobilização social. Prioriza-se a prevenção combinada, diagnóstico precoce e tratamento, focando municípios de maior incidência, como Manaus, Parintins e Itacoatiara, com parcerias a OSCs via editais e participação em espaços de controle social.

Rio Solimões, representante da coordenação do Programa Estadual de ISTs, HIV/Aids e Hepatites virais do Estado do Amazonas, e também profissional da área médica, com especialização em infectologia, explica as atribuições da coordenação e os mecanismos de funcionamento da política estadual frente aos desafios do HIV e outras ISTs na região:

Eu tenho o papel de fazer uma interface entre o que é preconizado como política de saúde pública, boas práticas no âmbito do HIV, aos municípios do estado. A gente pode participar como organizador ou como apoiador. Essas ações de prevenção envolvem uma discussão de como vai ser feito, onde vai ser, quem vai participar, qual público alcançar. Então, para que possa ser feito na prática, existem ações que a própria coordenação organiza e existem ações em que a coordenação apoia. No geral, as ações de prevenção são para a população em geral. Ou, quando há um grupo específico baseado no boletim epidemiológico, parte delas pode ter uma ação mais direcionada. Por exemplo, a gente sabe que o destaque do boletim epidemiológico, não só no Amazonas, mas no Brasil, são jovens. Então, no geral, as ações são para a população civil, mas podem ter ações baseadas no que o boletim epidemiológico destaca (Entrevista, 2025).

Consoante a explanação de Rio Solimões, o Programa Estadual de HIV/Aids e ISTs no Amazonas alinha-se às diretrizes nacionais, atuando mediante suporte técnico e organização das ações municipais. Tais iniciativas são predominantemente orientadas por boletins epidemiológicos, concentrando esforços preventivos nos grupos de maior incidência, em

especial a população jovem. Entretanto, conforme salientam Alencar e Ciosak (2016), essa focalização excessiva na juventude tende a invisibilizar outros segmentos vulneráveis, como a população idosa, cuja sexualidade permanece marginalizada nas políticas públicas.

Rio Solimões (Coordenação do Programa Estadual de HIV/Aids e ISTs) admite a ausência de ações voltadas exclusivamente para a população idosa, destacando que, até o momento, não há diretrizes ou estratégias formuladas especificamente para esse público nas campanhas de prevenção e cuidado, como é possível observar:

Não existe, mas sem dúvida alguma precisa lembrar sempre de ser falado sobre. Porque as tendências são você andar junto com os dados epidemiológicos, mas nunca devemos esquecer das minorias. Mas é aquilo que eu te falei, políticas de ação pública, campanhas, isso envolve muita coisa e, em alguns momentos, é preciso verificar qual a população que precisa ser atingida naquele momento. Por exemplo, no carnaval, quem que você precisa atingir como objetivo? Qual o seu principal objetivo no carnaval, quem que você vai atingir? Então, ao longo do ano, a gente vai discutindo quem que a gente precisa atingir mais, especialmente em eventos de massa (Entrevista, 2025).

A ausência de políticas públicas direcionadas à população idosa no enfrentamento ao HIV no Amazonas vai de encontro aos preceitos do Estatuto da Pessoa Idosa, as diretrizes do SUS e os princípios da Política Nacional de Enfrentamento ao HIV/AIDS. Ao negligenciar esse grupo etário, o Estado contribui para a persistência de escassez de recursos destinados a esse segmento, perpetuando sua invisibilidade no sistema de saúde. Essa omissão não se dá de forma isolada, mas espelha uma adesão estrutural a um modelo social que valoriza a juventude e a produtividade, relegando os corpos envelhecidos à condição de sujeitos secundários, desprovidos de legitimidade no acesso ao cuidado e aos direitos (Beauvoir, 1970).

Embora os dados estatísticos representem uma ferramenta para o direcionamento de campanhas e políticas, eles não abrangem, por si só, a complexidade das múltiplas camadas de exclusão que afetam determinados grupos. A dependência quase exclusiva de indicadores quantitativos tende a obscurecer dimensões como a subnotificação, o não acesso a exames, os diagnósticos tardios e os estigmas que ainda envolvem o HIV na velhice.

Quando Rio Solimões afirma que “as tendências são você andar junto com os dados epidemiológicos”, aponta-se para uma racionalidade de gestão que, embora tecnicamente validada, pode colaborar para a reprodução de silêncios e lacunas, sobretudo quando aplicada de forma acrítica e dissociada de uma perspectiva interseccional. Essa lógica é problematizada por Iamamoto (2007), que evidenciam como o uso de critérios técnico-burocráticos nas políticas públicas frequentemente desconsidera sujeitos em situação de vulnerabilidade, reforçando padrões excludentes e obscurecendo as múltiplas faces da desigualdade social.

Grupos historicamente marginalizados no acesso à informação e aos serviços de saúde, como pessoas idosas, em especial aquelas em contextos de vulnerabilidade acentuada por raça, gênero e sexualidade (Nierotka; Ferretti, 2023), permanecem à margem das estratégias de prevenção e cuidado. A sua escassa representação nos dados não significa ausência de risco, mas sim falhas estruturais nos dispositivos de escuta, visibilidade e acesso.

Mais adiante, Rio Solimões (Coordenação do Programa Estadual de HIV/Aids e ISTs), ao se deparar com a indagação sobre ações voltadas especificamente à população idosa, volta a destacar o caráter de atuação mais ampla do programa e explica o funcionamento da ação “Carona da Prevenção”, que tem se mostrado bastante eficaz dentro da sua proposta:

A gente tem algumas ações que são chamadas “Carona da prevenção”, em que o ônibus sai para a rua em um local específico, previamente discutido, calculado, e lá você deixa disponível para qualquer pessoa que estiver passando na rua a testagem rápida. Então, por exemplo, no ano passado fizemos no mercado e o público é diverso, e nessa diversidade você encontra senhores que estão ali, por exemplo, no porto, nas redondezas do mercado. Senhores, senhoras, e que vão se testar, aproveitam a possibilidade de testar e falam, “Ah, eu vim aqui já que vocês estão passando esses testes, me facilita do que ir lá no posto.” Eles se testam. Então, essas ações que são feitas para a população geral, uma porcentagem dessas pessoas são pessoas idosas que estão ali naquele local e aproveitam para ser testadas. E, quando elas são testadas, se for positivo, a gente acolhe dentro do ônibus, faz o esclarecimento ou encaminhamento. Então, geralmente a gente tenta ter o apoio da consulta médica, da consulta de enfermagem e aí você faz o acolhimento, o esclarecimento e se for necessário, o encaminhamento para unidade de saúde. Então, por exemplo, nessa ação que teve no final do ano no mercado, a gente encontrou pessoas mais velhas que foram testadas por HIV, hepatite B, C e sífilis, e que ao entrarem no ônibus, na consulta, não tinham conhecimento das formas de prevenção e se interessaram e então deram andamento na unidade de saúde (Entrevista, 2025).

A ação “Carona da Prevenção” configura-se como uma estratégia notável de ampliação do acesso à testagem e ao diagnóstico, principalmente por atuar em territórios de grande circulação e diversidade de públicos. O envolvimento de equipes multidisciplinares, o acolhimento imediato e o encaminhamento facilitado à rede formal de saúde conferem à iniciativa um caráter democrático, ampliando sua potência. Ao possibilitar o diagnóstico de pessoas idosas que dificilmente procurariam espontaneamente esse serviço, a ação consegue, de forma indireta, alcançar parte dessa população.

Contudo, o fato de esse grupo ser incluído apenas de maneira ocasional, por estar presente no local, representa um hiato persistente nas políticas públicas para o envelhecimento. Abordagens generalistas arriscam perpetuar uma visão homogênea da velhice, negligenciando suas especificidades e vulnerabilidades. A falta de ações estruturadas e contínuas direcionadas a esse segmento expõe uma lacuna preocupante na prevenção, especialmente ante o acelerado envelhecimento populacional e a crescente complexidade de suas demandas.

Por isso, iniciativas como a “Carona da Prevenção” não devem ser vistas como substitutas, mas como complementares a políticas mais robustas e dirigidas, com perspectiva interseccional e sensível às particularidades do envelhecer com HIV. A natureza episódica dessas ações compromete a construção de vínculos duradouros e o acompanhamento contínuo, elementos essenciais à efetividade do cuidado. É necessário ultrapassar a lógica da inclusão fortuita para alcançar uma inclusão por reconhecimento.

Nesse cenário, os movimentos sociais mantêm um papel insubstituível. Desde o início da epidemia de HIV e Aids, sua atuação tem sido determinante não apenas na reivindicação de direitos, mas também na transformação concreta das realidades locais, por meio de ações territorializadas e de escuta ativa (Teodorescu; Teixeira, 2015). Onde o Estado se omite, esses coletivos intervêm. Como afirma Rio Negro (representante do movimento social): “O consultório na rua, foi eu que trouxe. Foi eu que coordenei o consultório de rua, o projeto piloto aqui em Manaus, pela nossa instituição. [...] O ambulatório trans, eu estava lá. São coisas maravilhosas que eu consegui com minha atitude” (Entrevista, 2025).

O “Consultório na Rua” é uma estratégia do SUS voltada à atenção integral de populações em situação de vulnerabilidade, garantindo escuta qualificada, cuidado contínuo e acesso a insumos de prevenção (BRASIL, 2024). Já o “Ambulatório Trans”, vinculado à Policlínica Codajás, na zona sul de Manaus, oferece atendimento especializado à população LGBTQIA+, com foco no processo transexualizador, hormonização e preparação para intervenções corporais, conduzido por equipe multiprofissional (SES-AM, 2024).

O engajamento político de Rio Negro, porém, não se restringe à atuação local. Com forte inserção no movimento nacional, como representante do Fórum Amazonas de Organizações da Sociedade Civil em IST/HIV/Aids/HV/TB, tem direcionado seus esforços para levar informação e conscientização a diferentes municípios do Amazonas, em especial no que se refere à velhice e ao HIV, como detalha:

O que eu particularmente criei foi um trabalho junto com o movimento nacional de levar essas informações. Os locais que essas pessoas estão. Eu não quero mais que as pessoas passem pelo que eu passei, sem informação. Eu viajo para os municípios também para falar do HIV, da prevenção e de todas as políticas que as pessoas possam acessar. E também falo com os trabalhadores, para que nunca mais se repita o que aconteceu comigo. Por exemplo, você vai lá no centro dos idosos e não vê preservativo lá. A única coisa que eles colocam é hidromassagem, dança, jogo de dominó, coisas para os velhos não esquecerem. E aí, não colocam uma educação sexual. Devia ter, não é? Tipo, uns dias, faz uma aula de sexo, de prevenção. É isso que falta estimular. Nessas escolas do EJA, que têm muitos idosos e são pra idosos mesmo, que não estudaram, levar essas aulas de educação sexual, empoderamento feminino (Entrevista, 2025).

A educação em saúde voltada à população idosa, especialmente no contexto do HIV, é fundamental para combater o estigma, ampliar o acesso à informação e promover práticas preventivas adequadas a uma faixa etária frequentemente ignorada nas campanhas tradicionais (Alencar; Ciosak, 2016). Fernandes e Aquino (2018) destacam o papel estratégico dos movimentos sociais nesse processo, ao pressionarem por políticas inclusivas e levarem informação a espaços frequentados por pessoas idosas.

Na linha da Pedagogia do Oprimido, Freire (1970) defende que a educação deve partir da realidade concreta das pessoas, reconhecendo seus saberes e experiências como ponto de partida para a conscientização crítica. No campo da saúde, isso implica desenvolver ações educativas que dialoguem com os contextos socioculturais da velhice, superando modelos impositivos e descolados da experiência vivida.

Nas cidades do interior do Amazonas, a testagem para HIV enfrenta entraves importantes, como o medo do estigma e da exposição social, agravados pela escassez de sigilo nos serviços locais. A estrutura reduzida dos municípios e a proximidade entre profissionais e usuários desestimulam a busca pelo diagnóstico precoce e dificultam o acesso ao tratamento.

Embora centros de convivência sejam reconhecidos como espaços de promoção da autonomia e do protagonismo da pessoa idosa (Motta, 2002), sua ênfase em atividades recreativas, como dança, hidromassagem e jogos, costuma negligenciar ações de educação sexual e cuidado integral, reforçando a invisibilidade da sexualidade na velhice.

Alves (2004) observa que, em eventos como os bailes da terceira idade, a sexualidade está presente de forma vibrante entre os participantes. Tais espaços, portanto, oferecem oportunidades valiosas para abordar a prevenção das ISTs, garantindo o direito à saúde e ao bem-estar sexual também na velhice.

A discussão sobre a sexualidade na velhice não pode ser encarada apenas como incumbência da política pública de saúde. É crucial que outras organizações da sociedade civil também se mobilizem para combater o estigma, promover direitos e garantir o acesso a informações e serviços. Essa articulação intersetorial é estratégica.

No Brasil, onde a moral cristã ainda exerce forte influência e a maioria da população se declara religiosa, com o catolicismo predominando entre as pessoas idosas, segundo a PNAD (2024), é ponto cardeal reconhecer a religião como um canal legítimo para abordar a saúde sexual. No entanto, essa discussão deve ultrapassar os limites do moralismo, evitando julgamentos que afastam em vez de acolher. O foco deve estar na valorização da proteção, da prevenção e do respeito aos direitos, prevenindo que a sexualidade seja instrumentalizada de forma violadora, como ocorre em casos de pedofilia e abusos (Motta, 2002).

Trata-se de uma questão social e política em que não se pode ignorar que essa mesma força pode se tornar uma armadilha fatal quando discursos equivocados ganham espaço dentro das igrejas, como Rio Negro (Representante do Movimento Social) compartilha o lado negativo que a religiosidade desenfreada pode exercer em problemas reais:

A religiosidade é muito complexa. Ela mata. Quantas pessoas morreram aqui, estão morrendo, porque o pastor falou que “eu estou curada, porque eu estou indetectável”. Se eu fizer o exame na rua, que as meninas estão fazendo lá no centro, por exemplo, do fluído oral, se eu fizer o exame agora, se tu fizer em mim, vai dar negativo. Porque o fluído oral não vai dar nada. Porque eu estou indetectável. E aí, o que o pastor vai falar? “Está curada”. Muitas pessoas nossas morreram. Pessoas de movimento. Eu falei, gente, eu não acredito. Eu não acredito. “O pastor falou”, não é isso. Quando a gente descobriu o indetectável igual a intransmissível, muitas pessoas acharam que estavam curadas. Muitas pessoas morreram, porque o pastor tinha curado. E aí, a gente tem que trabalhar muito nisso. Por isso que eu acho muito importante quando eu falo que eu entrei em três igrejas. Eu já fico feliz. Porque eu entrei em três igrejas (Entrevista, 2025).

O negacionismo religioso relacionado ao HIV/Aids, discutido por Greco (2008) e Daniel (2018), contribui para a desinformação e a resistência ao tratamento, ameaçando a saúde das pessoas. A falsa crença em curas milagrosas pode levar à interrupção de terapias, aumento da transmissão e mortalidade, configurando um desafio grave para as políticas públicas e os movimentos sociais.

Rio Negro detalha, assim, suas ações dentro das igrejas, com foco especial nas mulheres, um grupo que identifica como particularmente vulnerável, mas sem deixar de lado o público idoso em geral, historicamente atravessado por tabus, silenciamentos e sentimentos de vergonha em relação ao próprio corpo:

Eu consegui levar pra essas igrejas para ter exercícios de como se cuidar mais. Teve automaquiagem e também uma professora de sexologia pra dentro da igreja. E, nesse eu consegui levar também outras mulheres pra dentro da igreja pra fazer a oficina de prevenção. A oficina de como usar o preservativo. Como usar a PrEP e a PEP pra essas mulheres. Pra elas se tocarem, se sentirem vivas. E isso que a gente tem que fazer com os nossos idosos, eu falo pra eles, gente, pegue um espelho, manda abrir a perna lá, se olhe. Quantas e quantas mulheres e homens morreram porque não querem abrir suas pernas e se olhar no espelho pra ver se aquela verruguinha não estava lá. Fala, vê se aquela verruguinha, vê se aquela manchinha não estava lá (Entrevista, 2025).

Ao descrever suas intervenções nesses espaços, Rio Negro propõe uma abordagem preventiva que transcende a mera distribuição de insumos ou a repetição de siglas como PrEP e PEP. Trata-se de uma reinvenção do cuidado, ancorada na autoestima, no toque, no espelho, na reapropriação sensível do próprio corpo. A automaquiagem e a sexologia são convertidas

em dispositivos de presença, resgate e autonomia, especialmente para sujeitos envelhecidos que foram socializados a não se olhar, não se tocar, não se perceber.

Essa proposta ressoa com o que Andrade (2021) identifica como crucial nas práticas voltadas à velhice através da escuta cuidadosa que reconhece os corpos envelhecidos como territórios legítimos de desejo, prazer e autodeterminação. Ao deslocar a centralidade da prevenção estritamente biomédica para as dimensões afetivas e subjetivas, rompe-se com preconceitos que historicamente silenciaram as vivências corporais e emocionais na velhice.

Nesse sentido, consoante as colocações de Pascual (2002), impõe-se a urgência de desconstruir os ditames sociais que reduzem o envelhecimento a um território de assexualidade e declínio, substituindo-os por práticas corpóreas de ressignificação; onde a escuta atenta, o toque afetivo, o autocuidado revolucionário e o autorreconhecimento não sejam gestos marginais, mas atos políticos de existência.

Somente quando abandonarem as lentes preconceituosas que patologizam o tempo vivido será possível construir um envelhecimento sexualmente digno; não como concessão, mas como direito irrevogável. Isso exige, acima de tudo, políticas públicas que não apenas dialoguem com as necessidades reais das pessoas idosas, mas que combatam ativamente a lógica social que insiste em negar seus desejos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzir conhecimento é um caminho que aprendemos a cultivar despojamento, coragem e disposição para enfrentar tanto as limitações internas do pesquisador quanto as barreiras presentes no meio institucional, que, com persistência, se mostram despreparadas para acolher a complexidade das demandas emergentes dos programas e dos sujeitos estudados. Assim, longe de seguir uma trajetória retilínea, esse percurso é marcado por tensões, permeadas por preconceitos, julgamentos e silêncios que precisam ser aceitos e integrados como partes constitutivas do processo de investigação e formação.

Esse desafio se deu de maneira ainda mais intensa ao abordar a interseção entre velhice e sexualidade, dimensões da vida que se costuma, por uma questão cultural, deixar no domínio do não dito. Quando essa interseção se integra à realidade das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente ao HIV, o silêncio parece quase que absoluto, cheio de interditos, pois ainda há o fantasma da ameaça de uma “infecção moral” que estigmatiza tanto quem vive com o vírus quanto quem se dedica a estudar essas vivências.

É reconhecendo a existência do obscurecimento em torno desses temas que se comprova a urgência de enxergar a velhice como uma fase que não é destituída de tudo aquilo que nos constitui como humanos e que, apesar de existir um esforço subliminar de não falar sobre sexualidade na velhice, as pessoas idosas vêm vivendo suas sexualidades de maneira cada vez mais autônoma, possuindo vivências afetivas e sexuais que precisam ser ouvidas e validadas para que se possa garantir o direito irrevogável de uma velhice plena em todos os seus aspectos.

Apesar dos avanços na ciência e na medicina que vêm angariando dispositivos que melhoram a qualidade de vida para idades avançadas, falar sobre intimidade e atividade sexual na velhice gera incômodo não só de quem está externo a esse momento da vida, mas também entre as próprias pessoas idosas, o que desemboca em consequências concretas: infecções sexuais não tratadas, mortes evitáveis e sujeitos invisibilizados.

Ao discutir essa problemática, perpassando o prisma primordial da sexualidade, é indispensável debater através da lente crítica de gênero, entendendo a velhice distante de ser homogênea. Marcadores sociais como classe, raça, gênero e orientação sexual definem vulnerabilidades, condições de vida e acesso a direitos, tornando esse período já naturalmente atravessado por fragilidades físicas, sociais e psicológicas ainda mais desafiador.

Desse modo, o aumento progressivo de casos de HIV na velhice, confirmado em boletins epidemiológicos, não deve ser atribuído de forma simplista ao envelhecimento populacional, mas sim à negligência histórica em incluir este grupo etário nas políticas de

educação sexual, prevenção e cuidado, deixando de lado as vulnerabilidades que o atravessam. O resultado é que as estatísticas não capturam a totalidade do sofrimento: não se sabe quantos morreram em silêncio, sem assistência, vitimados pelo medo e pela vergonha.

Esse silêncio é reforçado pela memória coletiva daqueles que vivenciaram os primórdios da epidemia de HIV, marcada por narrativas de morte e marginalização. Para muitos que recebem o diagnóstico do HIV na velhice, o impacto transcende o biológico na medida em que significa reviver um estigma histórico associado a sentimentos de impureza e indignidade. Essa dor é agravada pela representação social da velhice como uma fase de assexualidade e “pureza”, que nega a existência do desejo e do prazer, tornando a vivência da sexualidade e o enfrentamento de uma IST uma experiência custosa.

Falar sobre este tema constitui, portanto, um exercício acadêmico e um gesto político de enfrentamento ao silêncio e ao preconceito. É reconhecer que, mesmo em meio a importantes avanços, permanecemos sob a sombra de um “contágio moral” que segrega e impede cuidados efetivos. Ao trazer à baila as narrativas silenciadas desses sujeitos, homens e mulheres idosos, esta pesquisa visa fomentar transformações concretas para que a velhice, em toda a sua complexidade e humanidade, seja enfim vista e tratada como parte integrante da vida, e não como um território interditado ao desejo, ao prazer e, sobretudo, ao direito inalienável à dignidade.

Nesse sentido, considera-se que esta pesquisa concluiu satisfatoriamente o percurso proposto, atingindo tanto o objetivo geral quanto os objetivos específicos. Em relação ao Objetivo Geral — *investigar as vulnerabilidades associadas à infecção do HIV de pessoas idosas, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), em Manaus – AM, no que tange aos aspectos da política de saúde quanto aos aspectos relacionados às relações de gênero e sexualidade* — constatou-se a existência de múltiplas vulnerabilidades atravessando a vida dessas pessoas, expressas em lacunas nas políticas públicas, em estigmas relacionados à velhice e à sexualidade, e em desigualdades estruturais que dificultam o acesso à prevenção e ao tratamento.

No que tange aos Objetivos Específicos, o primeiro — *Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas, identificando as vulnerabilidades sociais que as tornaram suscetíveis à infecção pelo vírus HIV* — foi atingido, ao evidenciar que fatores como baixa escolaridade, precariedade socioeconômica, limitações no acesso à saúde e aprendizagens culturais e sociais de gênero conformam um quadro de maior vulnerabilidade. O segundo — *Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da*

sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV — também foi alcançado, demonstrando que concepções tradicionais de gênero, moralidade e condicionantes regionais impactaram de modo significativo a forma como homens e mulheres idosos se relacionaram com sua sexualidade, influenciando a prevenção e o cuidado. Por fim, o terceiro — *Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura* — foi igualmente cumprido, permitindo constatar que, embora haja esforços pontuais, persiste a insuficiência de políticas e práticas voltadas especificamente para a promoção de uma velhice com direitos sexuais reconhecidos e respeitados.

O Serviço Social, enquanto profissão que se ancora no projeto ético-político, deve se engajar nas questões que perpassam a velhice, a sexualidade, as relações de gênero e, no âmbito desta pesquisa, incluir a problemática do HIV enquanto expressão da questão social penetrada por inúmeros condicionantes, como denunciada em todo o decorrer desta dissertação. Trata-se de um problema que não se restringe à esfera individual, mas remete a determinações histórico-sociais, engendradas por desigualdades de classe, por construções de gênero hierarquizadas, pela estigmatização da sexualidade na velhice e pela exclusão de sujeitos que vivem com HIV. Como enfatiza Paulo Netto (2011), a questão social é a materialização das contradições estruturais da sociabilidade capitalista que se manifesta cotidianamente em múltiplas formas de precarização, vulnerabilidade e negação de direitos.

Nesse horizonte, a experiência da sexualidade na velhice, transpassada por desigualdades de gênero e pelo HIV, revela a permanência de estigmas morais, a insuficiência das políticas públicas e a marginalização de pessoas cuja existência deveria ser afirmada em sua integralidade. Compete, assim, ao Serviço Social debater e intervir criticamente, tensionando as estruturas que produzem vulnerabilidades e reafirmando a centralidade da dignidade, da autonomia e da vida plena como princípios orientadores do trabalho profissional na perspectiva de uma práxis transformadora.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Rúbia Aguiar e CIOSAK, Suely Itsuko. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. no/dez. 2016, n. 6, p. 1140-1146, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>. Acesso em: 28 jun. 2
- ALVES, Andréa Moraes. **A Dama e o Cavaleiro**: um estudo antropológico sobre envelhecimento, gênero e sociabilidade. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ANDRADE, Márcia Andréa Rodrigues. Corpo, erotismo e conjugalidade: uma análise a partir do relato de idosos que vivem com HIV. In: DALENCAR; Raimunda Silva; CERQUEIRA, Monique Borba. **Velhice & Sexualidade: tramas da diversidade [online]**. Ilheus: Editus, 2021. ISBN: 978-65-86213-60-7. <https://doi.org/10.7476/9786586213607>.
- ARAÚJO, Iara Maria de. **O amor e a violência nas relações íntimas**: os significados construídos em torno do gênero. Anais eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11. Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X
- BADINTER, Elisabeth. **XY**: Sobre a Identidade Masculina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1993. Tradução de Maria Inez Duque Estrada.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 2011.
- BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Tradução de Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1970.
- BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Européia Do Livro, 2018.
- BEVILAQUA, Sandrene de Oliveira et al. Fatores que interferem na sexualidade da pessoa idosa: uma revisão de literatura. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 20, n. 1, p. 171-181, 2019.
- BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. São Paulo: Ed. Bertrand Brasil, 1999.
- BOZON, Michel. **Sociologia da Sexualidade**. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **A Comissão Nacional de Aids: a presença do passado na construção do futuro**. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, 2003. Disponível em> https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_06.pdf Acesso em: 10 mar. 2024.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2023**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view> Acesso em 01 de fev de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids 2024**. Brasil, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view em 25 de jul de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório na Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua>. Acesso em: 27 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento da população: aspectos biopsicossociais e desafios**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados de Morbimortalidade Masculina no Brasil**. Brasil, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/dados_morbimortalidade_masculina_brasil.pdf Acesso em 04 de jun de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a eliminação da Aids e da transmissão do HIV como problemas de saúde pública no Brasil até 2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/aids-e-dst/publicacoes/2025/diretrizes-para-a-eliminacao-da-aids-e-da-transmissao-do-hiv-como-problemas-de-saude-publica-no-brasil-ate-2030.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **HIV e Aids: O que é?** Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/o-que-e> Acesso em 10 de mar de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros**. Brasil, 2023. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/> Acesso em 05 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist#:~:text=A%20terminologia%20Infec%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis,mesmo%20sem%20sinais%20e%20sintomas>. Acesso em: 24 de jun de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de cuidado para hipertensão e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids – Princípios e Diretrizes**. Brasil, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf Acesso em 29 de mar de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Módulo 1. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf. Acesso em: 26 jul. 2025.

BRASIL, Planalto. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022**. Brasil, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.423%2C%20DE%2022,%E2%80%9Cpessoas%20idosas%E2%80%9D%2C%20respectivamente.

BRASIL, Secretaria Nacional da Família. **Fatos e Números: Idosos e Família no Brasil** [online]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf> Acesso em: 28 de mai de 2023.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023**. Brasil, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11798.htm#art5 Acesso em: 01 abr 2024.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa Idosa**. Redação dada pela Lei n. 14.423, de 22 de julho de 2022. Brasília: Ministério da Cidadania, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/estatuto-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2025.

BRIGEIRO, Mauro; MAKUD, Ivia. Aparição do Viagra na cena pública brasileira: discursos sobre corpo, gênero e sexualidade na mídia. **Estudos feministas**, v. 17, n. 1, p. 71–88, 2009.

BRONZO, Carla; VEIGA, Laura. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. **Revista Pensar BH: Política Social**, 2004.

BUTLER, Robert Neil. **The Life Review**: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*, v. 26, 1963.

Campanhas contra HIV ainda não atingem idosos e jovens gays, dizem médicos – Agência de Notícias da AIDS. 24 out 2020. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/campanhas-contr-hiv-ainda-nao-atingem-idosos-e-jovens-gays-dizem-medicos/> Acesso em: 24 mar. 2024.

CANÔAS, Cilene Swain. **A condição humana do velho**. São Paulo: Cortez, 1985.

CARVALHO, Joelma Monteiro de. **Ritual da Tucandeira da Etnia Sateré-Mawé**: Língua, Memória e Tradição Cultural. 153 f. Dissertação (Mestrado em Letras e Artes) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2015.

CASARA, Rubens. **Contra a Miséria Neoliberal**: racionalidade, normatividade e imaginário. São Paulo: Autonomia Literária, 2021

CLEMENTINO, Milca Oliveira; SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. **O HIV/Aids como expressão da “questão social”**: demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. In: Anais do Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde – Conbracis, 2., 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conbracis/2017/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID2168_15052017191854.pdf. Acesso em: 27 jul. 2025.

CONNELL, Raewyn. **Masculinities**. 2nd ed. Berkeley: University of California Press, 2005.

COUTO, Maria Helena Costa. **A Estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de HIV/AIDS e sua integração com o Sistema Único de Saúde**. Brasil, 2009.

DAMANTE, Carla Andreotti; FERREIRA, Rafael; MAITO, Sofia. **Políticas públicas referentes ao HIV e Aids: onde estamos e para onde iremos?**. Jornal da USP. Brasil, 2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=232146> Acesso em: 19 mar 2024.

DANIEL Hebert; PARKER, Richard. **AIDS: a terceira epidemia**. São Paulo: Iglu Editora; 1991.

DANIEL, Hebert. **Vida antes da morte**. ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 3 ed., 2018.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999.

DEBERT, Guita Grin. **Gênero e Envelhecimento**. Estudos Feministas. v. 2, n. 3, p. 33-51, 1994. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/1957500456?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>. Acesso em 16 jun 2023.

DEEKS, S. G.; TRACY, R.; DOUEK, D. C. **Systemic effects of inflammation on health during chronic HIV infection**. *Immunity*, v. 39, n. 4, p. 633–645, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2013.10.001>. Acesso em: 15 jul. 2025.

DEL PRIORE, Mary. **Histórias Íntimas**: Sexualidade e Erotismo na História do Brasil 2. Ed. São Paulo: Planeta, 2014.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Biblioteca Digital do Centro Latino-Americano de Sexualidade e Direitos Humanos, 2006. Disponível em: http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/316_1172_dossiedasaudedamulherlesbica.pdf Acesso em 20 jun. 2025.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. 2. ed. São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDES, Walisson Pereira; AQUINO, Alysson Eduardo de Carvalho. Movimentos sociais: um apanhado geral de sua influência e sua importância para o serviço social. 1. ed. Curitiba: **InterSaberes**, 2016. ISBN 978-8559722901

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Hemofilia**. Brasil, 2024. Disponível em: <https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/hemofilia.htm>. Acesso em: 14 mar 2024.

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

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 3: O Cuidado de Si**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

FVS-RCP. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto. **Painel Epidemiológico – HIV/Aids no Estado do Amazonas**. Amazonas, 2024. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/153/2 Acesso em: 01 mar 2024.

FVS-RCP. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto. **Painel Epidemiológico – HIV/Aids no Estado do Amazonas**. Amazonas, 2025. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/indicadorSalaSituacao_view/153/2 Acesso em: 15 jul 2025.

GALVÃO, Jane. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In: PARKER, Richard. **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; 1997.

GAMA, Abel Santiago Muri. **O profissional de enfermagem no cuidado aos pacientes com HIV/Aids no Amazonas**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Amazonas, 2013.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOFFMAN, Erving. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução: Mathias Lambert. 1891 digitalizado em 2004.

GODOI, André Luiz de; FACIO JUNIOR, Fernando Nestor. Prescrição, oferta e acesso aos medicamentos para disfunção erétil: um paradoxo na saúde pública? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 2, e17702022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.17702022>. Acesso em: 17 jul. 2025.

GOLDENBERG, Mirian. **Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

GOLDENBERG, Mirian. **A Bela Velhice**. Rio de Janeiro: Record, 2005.

GOLDENBERG, Mirian. **Por que homens e mulheres traem?** Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.

GOLDENBERG, Mirian. **Por que os homens preferem as mulheres mais velhas?** Rio de Janeiro: Record, 2011.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 73–94, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/wDqrgD5DQM4YZgbqjWbSyYh/#> Acesso em: 10 mar 2024.

HAN, Byung-Chul. **Não-coisas**: reviravoltas do mundo da vida. Petrópolis, RJ: Vozes, 2022.

HENNING, Carlos Eduardo. O luxo do futuro: Idosos LGBT, teleologias heteronormativas e futuros viáveis. **Sexualidad, Salud y Sociedad** (Rio de Janeiro). 2020; (35):133-58.

HOOKS, Bell. **Tudo sobre o amor**: novas perspectivas. Tradução de Ana Luiza Libânio. Rio de Janeiro: Elefante, 2021.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IBGE. **Características gerais dos moradores 2020-2021**. Brasil: IBGE, 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf. Acesso em: 28 mai 2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6407#/n3/13/n6/1302603/v/606,8413/p/last%204/c2/all/c58/all/d/v8413%201/l/v,p+c2,t+c58/resultado> Acesso em 10 de jun de 2023.

IBGE. **Projeção da população**. Rio de Janeiro, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=41053>. Acesso em: 14 jun. 2025.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio César. A emergência da Aids no Amazonas. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p. 301-319.

LAGARDE, Marcela. El género. In: **Género y feminismo**: desarrollo humano y democracia. Espanha: Ed. Horas y HORAS, 1996. p. 13-38.

LEIROS, Marcela. Pacientes da FMT lutam contra precarização da instituição. **Agência Cenarium**. 29 jan. 2024. Disponível em: <https://agenciacenarium.com.br/em-manaus-pacientes-da-fundacao-de-medicina-tropical-lutam-contraprecarizacao/> Acesso em: 22 mar. 2024.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria queer. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

MARTINS, Talita. Dia dos Pais: “Se você vive com HIV e quer ter filhos, tenha”, estimula o infectologista Rico Vasconcelos. **Agência de Notícias da Aids**. 08 ago 2019. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/dia-dos-pais-se-voce-vive-com-hiv-e-quer-ter-filhos-tenha-estimula-o-infectologista-rico-vasconcelos/> Acesso em: 18 mar 2024.

MOTTA, Alda Britto da. Envelhecimento e sentimento do corpo. Em: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2002. p. 37–50.

NASCIMENTO, Geovana Braz, et al. A correlação entre o vírus da imunodeficiência humana e demência na terceira idade. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 2198–2211, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-178. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23938>. Acesso em: 15 jul. 2025.

Nações Unidas Brasil. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs#:~:text=Os%20Objetivos%20de%20Desenvolvimento%20Sustent%C3%A1vel%20s%C3%A3o%20um%20apelo%20global%20%C3%A0,de%20paz%20e%20de%20prosperidade> Acesso em: 28 de jun de 2023

NERI, Anita Liberalasso. Paradigmas Contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In: **Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Biológicas, Psicológicas e Sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001.

NIEROTKA, Rosane Paula; FERRETTI, Fátima. Condições de vulnerabilidades de pessoas idosas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 27, e220290, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220290>. Acesso em: 26 jul. 2025. ISSN 1807-5762.

NOLASCO, Sócrates. **O mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

ONU, Organização das Nações Unidas. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. **World Population Prospects**. 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>. Acesso em: 28 de mai de 2023.

PALUDO, Isadora Cristina Putti, OLESIAK, Luisa da Rosa e QUINTANA, Alberto Manuel. Idosos Soropositivos: A Construção de Significados para o Envelhecimento com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2021, v. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224079> Acesso em: 20 jul. 2025.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São paulo: Atheneu, 2005.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, Discriminação e Aids**. Rio de Janeiro: ABIA; 2021.

PASCUAL, Cosme Puerto. **A sexualidade do idoso vista com um novo olhar**. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PAULO NETTO, José. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PERLONGHER, Nestor. **O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo**. São Paulo:

Brasiliens; 1987.

PIZARRO, Roberto. **La vulnerabilidad social y sus desafíos**: una mirada desde América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, 2001.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes. **Serviço Social e Velhice**: perspectivas para o trabalho do assistente social na promoção à saúde do idoso. Manaus: EDUA, 2015.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes. **Sexo e sexualidade na Velhice**: práticas transgressoras e negociadas no contexto amazônico. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Amazonas, 2018.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes. TORRES, Iraildes Caldas. **A AIDS tem “cara” e cura?** Sexo desprotegido na velhice e a crença dos velhos de Parintins – AM em suas experiências de vida para a escolha de suas parceiras sexuais e na garrafada como o “elixir que cura tudo”. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11. Florianópolis, 2017. ISSN: 2179-510X. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1492976728_ARQUIVO_Artigo_Completo-Alice.pdf. Acesso em: 18 mar. 2024.

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes. **Velhice masculina**: homem pela metade? Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 12. Florianópolis, 2021. ISSN: 2179-510X. Disponível em: https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/resources/anais/8/fg2020/1613618537_ARQUIVO_a24fa3b8bafdca7ac12f42df6842ae62.pdf. Acesso em 18/03/2024;

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes; SASSAKI, Yoshiko. 20 anos do Estatuto do da Pessoa Idosa: pulsações para o novo tempo. In: ANDRADE, Roberta Coelho de; MELO, Lucilene Ferreira; CHAVES, Perpétuo Socorro Rodrigues e FERNANDEZ, Cristiane Bonfim (orgs.). **Serviço Social, Direitos Humanos e Sustentabilidade**. Manaus: EDUA; São Paulo: Alexa Cultural, 2023. p. 173-190.;

PONCE DE LEÃO, Alice Alves Menezes; SASSAKI, Yoshiko. O imperativo do envelhecimento ativo e as tecnociências: implicações sobre a sexualidade do idoso. **Revista Somanlu**, n. 1. Manaus – AM, 2017.

PRECIADO, Paul B. **Testo Junkie**: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: n-1 edições, 2008.

REPPOLD, Caroline. et al. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**, São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 7-51, 2002.

RIBEIRO, Euler Esteves; CRUZ, Ivana Beatrice Mânica da. **Dieta amazônica**: saúde e longevidade. Manaus: Editora Cultural da Amazônia, 2012.

RIBEIRO, Giulia. **Quando a Veja matou Cazuza?**. Observatório de Mídia, Medium, 26 abr. 2017. Disponível em: <https://medium.com/observat%C3%B3rio-de-m%C3%ADdia/quando-a-veja-matou-cazuza-15933a4f909a>. Acesso em: 15 jul. 2025.

RUBIN, Gayle. The traffic in women: notes on the “political economy” of sex. In: REITER, Rayna. **Toward an anthropology of women**. Nova York: Monthly Review Press, 1975.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, Patriarcado, Violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALGADO, Carmen Délia Sánchez. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4. Brasil, 2002.

SCOTT, Joan Wallach. **Gender on the Politics of History**. New York: Columbia University Press, 1988 (p. 28-50).

SEJUSC. Secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania. **Sejusc promove roda de conversa com idosos na zona leste de Manaus**. Amazonas, 2019. Disponível em: <http://www.sejusc.am.gov.br/sejusc-promove-roda-de-conversa-com-idosos-na-zona-leste-de-manaus/> Acesso em: 24 mar 2024.

SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Fundação de Medicina Tropical - Dr. Heitor Vieira Doudado FMT-HVD - Carta De Serviços**. Amazonas, 2021. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/01/FMTHVD.pdf> Acesso em: 19 mar 2024.

SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Governo e Prefeitura divulgam política de descentralização do atendimento de HIV/Aids**. Amazonas, 2018. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/governo-e-prefeitura-divulgam-politica-de-descentralizacao-do-atendimento-de-hiv-aids/> Acesso em: 19 mar 2024.

SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Prevenção a HIV e Infecções Sexualmente Transmissíveis em idosos é tema de palestra no Parque do Idoso em Manaus**. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/prevencao-a-hiv-e-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-em-idosos-e-tema-de-palestra-no-parque-do-idoso-em-manaus/> Acesso em: 30 jun. 2023.

SES-AM. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **SES-AM oferece atendimento especializado à comunidade LGBTQIAP+ na Policlínica Codajás**. Manaus: SES-AM, 2024. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/ses-am-oferece-atendimento-especializado-a-comunidade-lgbtqiap-na-policlinica-codajas/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, Alana Emilly Palheta da et al. Epidemias no Estado do Amazonas: Hiv e Aids em destaque. **Revista Sociedade Científica**, [s. l.], v. 3, ed. 4, 4 abr. 2020. Disponível em: <https://show.scientificsociety.net/2020/06/epidemias-no-estado-do-amazonas-hiv-e-aids-em-destaque/>. Acesso em: 22 fev. 2024.

SILVA, Arthur José da. Estudo botânico e químico da catuaba (Erythroxylaceae Catuaba do Norte). **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 14, n. 1, p. 67–77, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfar/a/4zVDDwkhqBMSJxpfNxtMkkM/?lang=pt> Acesso em 20> mai 2025.

SILVA, Leila Cristina Ferreira da . et al.,. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de**

Medicina Tropical, v. 42, n. 5, p. 543–550, set. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/FX87C8d7tcRcmwDXcfrKWMG/?lang=pt#> Acesso em: 20 fev 2024.

SOARES, Evellen Tarranny Carvalho. **Envelhecimentos Dissidentes**: Carreiras e teleologias de LGBTs maiores de 50 anos em Manaus-AM. 150 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus (AM), 2024.

SOUZA COSTA, Izolda. et al. Uso de Espécies Vegetais da Sexualidade Humana: Revisão Sistemática. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 23–38, 2024. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/2214>. Acesso em: 29 jul. 2025.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento do trabalhador e as tendências das formas de proteção social na sociedade brasileira. **Revista Argumentum**, Vitória, v. 1, n. 1, p. 63-77, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/arthu/Downloads/site-seer,+39-173-1-LE.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2024.

TEODORESCU, Lindinalva Laurindo; TEIXEIRA, Paulo Roberto. **Histórias da Aids no Brasil, v. 2**: a sociedade civil se organiza pela luta contra a aids. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

TJDFT. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. **Perigo de contágio venéreo**. Direito Fácil. Brasília: TJDF, 19 ago. 2021. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/perigo-de-contagio-venereo-1>. Acesso em: 21 jul. 2025.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. **Se uma mulher fizer sexo com outra mulher e uma delas tiver AIDS pode infectar a outra?** Brasil, 2024. Disponível em: <https://unaid.org.br/desafiounaids/index.php/perguntas/se-uma-mulher-fizer-sexo-com-outra-mulher-e-uma-delas-tiver-aids-pode-infectar-outra/> Acesso em: 14 mar 2024.

UNAIDS, Programa Conjunto das Nações Unidas. **Estatísticas**. Brasil, 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/>. Acesso em 30 de maio de 2023.

VAIDADE masculina. *Profissão Repórter*, TV Globo, São Paulo, 18 fev. 2025. 35 min. Programa de televisão. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/13354466/>. Acesso em: 21 maio 2025.

VALERI, Julia. Com o envelhecimento da população brasileira, casos de ISTs aumentam entre os idosos. **Jornal da USP**. 22 mai 2023. Disponível em: <https://jornal.usp.br/campus-ribeirao-preto/com-o-envelhecimento-da-populacao-brasileira-casos-de-ists-aumentam-entre-os-idosos/> Acesso em 24 mar 2024.

VERAS, Joana Finkelstein. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 266–275, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000200008>. Acesso em: 21 jul. 2025.

VILLARINHO, Mariana Vieira, et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 271–277, mar. 2013.

VARELLA, Drauzio. Pessoas soropositivas são obrigadas a contar que vivem com HIV? **Portal Drauzio Varella**, 17 ago. 2023. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/infectologia/pessoas-soropositivas-sao-obrigadas-a-contar-que-vivem-com-hiv>. Acesso em: 26 jun. 2025.

YOUSSEF, H. The history of the condom. **Journal of the Royal Society of Medicine**, 86(4), 226–228, abr. 1993.

ZANELLO, Valeska. **A prateleira do amor**: saúde mental, gênero e a partilha do cuidado. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2023.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Campinas, SP: Papyrus, 2022.

ANEXO A - Termo de Aprovação da Pesquisa na Plataforma Brasil constando o número do CAAE e o status de APROVADA.

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE EM MANAUS - AM.

Pesquisador Responsável: STHEFANE MONTEIRO PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84353024.0.0000.5020

Submetido em: 22/11/2024

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2339313

ANEXO B - Termo de Anuência FMT-HVD



CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, Marcus Vinitius de Farias Guerra, Diretor Presidente da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada **"HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE"**, de responsabilidade da pesquisadora Sthefane Monteiro Pereira, e pela sua equipe de pesquisadores, composta pela membra interna desta fundação, a **Gerente de HIV/AIDS/ISTs, Aline Cristiane Corte de Alencar**, a ser realizada no período 10 de janeiro a 10 de março de 2025. Declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e me comprometo a dar o suporte logístico para que as atividades do referido estudo sejam executadas de acordo com o protocolo, desde que seja conforme o disposto na Resolução nº 466/2012, CNS/MS e suas complementares.

Manaus, 03 de outubro de 2024

MARCUS VINÍTIUS DE FARIAS
GUERRA/03113132215

Dr. Marcus Vinitius de Farias Guerra
Diretor Presidente
Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado

www.amazonas.am.gov.br
twitter.com/GovernoAM
youtube.com/governodoamazonas
facebook.com/governodoamazonas

Avenida Pedro Teixeira N.25,
Bairro D. Pedro
CEP 69040-000
Telefone: (92) 2127-3555

**FUNDAÇÃO DE
MEDICINA TROPICAL –
DR. HEITOR VIEIRA
DOURADO**

ANEXO B – Termos de Anuência do Programa Estadual de HIV/Aids do Amazonas (FVS-RCP) e do Movimento Social Fórum Amazonas das OSC'S IST/HIV/AIDS/ Hepatites Virais e Tuberculose assinados.



TERMO DE ANUÊNCIA – PESQUISA PRIMÁRIA

Declaro para os devidos fins que a **Diretora Presidente da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas “Dra. Rosemary Costa Pinto” (FVS-RCP)** está de acordo com a execução projeto de pesquisa intitulado de **“HIV não tem idade: vulnerabilidades associadas à atividade sexual na velhice em Manaus-Am”**, tendo como responsáveis as pesquisadoras: **Dra. Alice Alves Menezes Ponce de Leão** (orientadora/UFAM) e **Sthefane Monteiro Pereira** (acadêmica/UFAM) por meio da **Universidade Federal do Amazonas/UFAM**, os quais terão apoio e colaboração desta Instituição, de acordo com os termos constantes no **Processo Nº 01.01.017101.020166/2024-45 - SIGED**. Assumo o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nesta instituição, de acordo com as normas vigentes no Sistema CEP/CONEP e/ou CEUA/CONCEA, **sem ônus de qualquer natureza para esta Fundação.**

Manaus, 18 de julho de 2024.


TATYANA COSTA AMORIM RAMOS,
Diretora Presidente da FVS-RCP.

www.fvs.am.gov.br
youtube.com/fvsamazonas
facebook.com/fvsrnp
instagram.com/fvs.rnp

dipre@fvs.am.gov.br
Fone: (92) 3198-6766 / 6767
Torquato Tapajó, 4010 - Colônia Santo
Antônio, Manaus-AM, CEP: 69053-018
CNPJ: 07.141.411/0001-46

Fundação de
Vigilância em Saúde do Amazonas -
Dra. Rosemary Costa Pinto

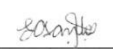


FÓRUM AMAZONAS DAS OSC'S IST/HIV/AIDS/ HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE
Email: forumdstaidsam@gmail.com
Tel: (92)99413-6139

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado **“HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE”**, sob a coordenação e responsabilidade da pesquisadora **Sthefane Monteiro Pereira**, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia (PPGSS) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), **orientada pela Profa. Dra. Alice Alves Menezes Ponce de Leão**. Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nesta ONG (Organização Não Governamental), **tendo como público-alvo a coordenadora desta ONG, Evalcilene Costa dos Santos**, no período de 10/01/2025 a 28/02/2025, após a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

Manaus, 24 de setembro de 2024


Evalcilene Costa dos Santos
Coordenadora do Fórum Amazonas OSC/IST/HIV/Aids/HV e TB

ANEXO C – Roteiro de Entrevista Pessoas Idosas HIV positivo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



ROTEIRO DE ENTREVISTA - Pessoas Idosas HIV positivo.

Projeto: HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE EM MANAUS – AM.

Pesquisadora: Sthefane Monteiro Pereira

1- Identificação do participante

Idade:

Gênero (Como você se identifica):

Raça:

Estado Civil:

Religião:

Situação socioeconômica (Aposentado; Pensionista, BPC, etc.):

Qual a sua Orientação Sexual:

Grau de escolaridade:

Renda:

Mora com quem?

2 - Perguntas

- Com que idade o (a) senhor (a) recebeu o diagnóstico positivo?
- O (A) senhor (a) sabe em que ocasião se infectou pelo HIV? Com quem foi?
- O (A) senhor (a) se protegia de ISTs nas suas relações sexuais? Se sim, como? Se não, por quê?
- Você tinha acesso a métodos contraceptivos para ISTs? Se sim, quais? Se não, por quê?
- Você tinha acesso à informação sobre prevenção sexual? Se sim, como? Com que idade?
- Algum profissional de saúde lhe orientou alguma vez sobre HIV antes do seu diagnóstico positivo?
- Em algum momento antes do diagnóstico, imaginou que durante a sua velhice poderia contrair o HIV?
- Quais mensagens sobre ser homem ou mulher você ouviu na sua juventude?
- Você sentiu que suas oportunidades na vida foram diferentes por ser homem ou mulher? Como?
- Você acha que haviam tabus sobre sexualidade na sua infância ou adolescência? Se sim,



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



quais?

- Você acredita que há a existência de expectativas sociais por ser homem ou mulher que afetaram ou afetam suas escolhas em relacionamentos? Se sim, como se deu o impacto dessas expectativas em seus relacionamentos afetivos e sexuais?
- Como e com quem tem sido as suas relações sexuais depois do diagnóstico positivo?
- Depois do diagnóstico, o (a) senhor (a) utiliza algum método de prevenção nas suas relações sexuais?
- O (a) senhor (a) fala/falou para a (o) sua (seu) parceira (o) que vive com HIV? Justifique.
- O HIV trouxe impactos para os seus relacionamentos com as pessoas? Se sim, que tipo?
- Como foi receber o diagnóstico? Quais sentimentos lhe permearam?
- Você contou sobre o seu diagnóstico para alguém? Se sim, como foi? Se não, por quê?
- Como tem sido viver com HIV? Sofreu ou sofre algum tipo de preconceito? Possui algum tipo de medo?
- O HIV trouxe impactos para a sua saúde? Se sim, quais?
- Como tem sido a sua experiência no serviço de saúde? Se sente acolhido

Anexo C – Roteiro de Entrevista Profissionais da Saúde da FMT-HVD



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissionais da Saúde da Fundação de Medicina Tropical – Dr. Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD).

Projeto: HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE EM MANAUS – AM.

Pesquisadora: Sthefane Monteiro Pereira

1-Identificação do participante

Nome:

Idade:

Raça:

Religião:

Tempo de atuação na FMT-HVD:

Quanto tempo trabalha com pessoas idosas com diagnóstico de HIV:

2- Dados Profissionais

Qual sua formação acadêmica?

Qual sua função na instituição?

Tem alguma especialização sobre saúde sexual ou HIV?

3 – Perguntas

- Como você avalia a infecção do HIV entre as pessoas idosas?
- Você considera que houve aumento dos casos de HIV entre as pessoas idosas nos últimos anos? Por que você acha que esse crescimento tem ocorrido?
- Você lida com muitos casos de HIV na velhice? Como tem sido sua experiência ao lidar com essa faixa etária em particular?
- Quais os principais impactos que o HIV traz para a vida das pessoas idosas?
- Qual a sua percepção sobre os aspectos relacionados às vulnerabilidades associadas às relações de gênero e à sexualidade das pessoas idosas?
- Quais são, na sua opinião, os principais fatores sociais que contribuem para a vulnerabilidade das pessoas idosas ao HIV? Existe alguma diferença de gênero nesse aspecto?
- Que tipo de trabalho você desenvolve aqui com pessoas idosas infectadas pelo HIV?
- Como você acha que a política de saúde poderia contribuir para a redução dos casos de HIV entre pessoas idosas? Quais melhorias seriam necessárias, especialmente no atendimento a essa população?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



- Você já observou alguma lacuna nas políticas de saúde pública voltadas para a prevenção do HIV entre as pessoas idosas? Se sim, quais lacunas são essas?
- Você percebe que as pessoas idosas enfrentam dificuldades específicas, além da infecção em si, em termos de apoio social ou psicológico? Como a saúde mental desses pacientes é tratada na sua prática?
- Você acha que a política de saúde está preparada para lidar com a crescente demanda de pessoas idosas vivendo com HIV? Quais áreas você acredita que precisam de mais atenção?

ANEXO C – Roteiros de Entrevista da Coordenação do Programa Estadual de HIV/Aids e do Movimento Social Fórum Amazonas das OSC'S IST/HIV/AIDS/ Hepatites Virais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



ROTEIRO DE ENTREVISTA – Coordenador(a) do Programa de HIV/Aids.

Projeto: HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE EM MANAUS – AM.

Pesquisadora: Sthefane Monteiro Pereira

1-Identificação do participante

Nome:
Idade:
Raça:
Orientação Sexual:
Religião:
Área de formação profissional:
Tempo de exercício na função:

2- Dados Profissionais

Qual sua formação acadêmica?
Quais são as suas atribuições na função?
Como se dá a sua articulação nas ações de prevenção do HIV em Manaus e no interior do Amazonas? Atingem à velhice? Se sim, como? Se não, por quê?

3 – Perguntas

- O que você pensa sobre o HIV na velhice? Por que esses dados vêm aumentando no Amazonas, na sua opinião?
- Quais as principais dificuldades de pensar em ações sobre prevenção do HIV entre a população idosa?
- Quais as dificuldades de trabalhar a pauta do HIV na velhice no âmbito da política de saúde no Amazonas?
- Qual a sua percepção sobre os aspectos relacionados a vulnerabilidades associadas às relações de gênero e a sexualidade das pessoas idosas? Acredita que há nuances da experiência de infecção do vírus entre homens e mulheres idosas? Se sim, quais?
- Vocês já trabalharam com o assunto sobre o HIV entre as pessoas idosas dentro do programa? Se sim, de que forma? Se não, por quê?
- Existem ações ou debates sobre HIV na velhice na agenda? Se sim, como surgiu? Se não, tem algo projetado?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS -IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



ROTEIRO DE ENTREVISTA – Representante do Movimento Social do HIV/Aids em Manaus – AM.

Projeto: HIV NÃO TEM IDADE: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS À VIDA SEXUAL NA VELHICE EM MANAUS – AM.

Pesquisadora: Sthefane Monteiro Pereira

1-Identificação do participante

Nome:
Idade:
Raça:
Orientação sexual:
Religião:

2- Dados Profissionais

Qual sua formação acadêmica?
Há quanto tempo o (a) senhor (a) encontra-se nessa função dentro do Movimento?
Como você desenvolve o seu trabalho?
O que levou a você se engajar nesse movimento?

3 – Perguntas

- O movimento social já pautou o HIV na velhice nas suas reivindicações? Se sim, como esse tema tem sido abordado?
- Você percebe que as políticas públicas estão atendendo de forma adequada as necessidades da população idosa com HIV?
- Quais mudanças você acredita que ainda são necessárias nas políticas de saúde para garantir uma velhice mais saudável para as pessoas idosas com HIV?
- Você acredita que a população idosa é suficientemente informada sobre os cuidados necessários para viver com HIV? O que poderia ser feito para melhorar essa conscientização?
- O movimento social tem pressionado as autoridades para melhorar o acesso à saúde para a população idosa vivendo com HIV?
- O movimento social tem trabalhado para incluir as questões da velhice e do HIV nas políticas públicas mais amplas sobre saúde e prevenção? Como isso está sendo feito?

ANEXO D – TCLE das Pessoas Idosas vivendo com HIV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para Pessoas Idosas vivendo com HIV na cidade de Manaus-AM.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS IFCHS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa HIV não tem idade: Vulnerabilidades associadas à vida sexual na velhice em Manaus - AM, realizada pela mestrandia Sthefane Monteiro Pereira sob a orientação da professora Doutora Alice Alves Menezes Ponce de Leão. A pesquisa tem como **objetivo geral**: Investigar as vulnerabilidades associadas à vida sexual de pessoas idosas que vivem com HIV, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM. **Objetivos específicos**: 1. Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas; 2. Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV; 3. Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e se dará por meio da concessão de uma entrevista e preenchimento do roteiro de entrevista. Esta pesquisa oferece uma contribuição significativa para a comunidade acadêmica ao explorar a experiência de pessoas idosas que recebem o diagnóstico positivo de HIV durante a velhice e que realizam acompanhamento sistemático na Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. O (a) senhor (a) foi escolhido(a) por estar inserido(a) nesse processo e poderá oferecer importante contribuição na análise que pretendemos fazer. O(a) senhor(a) é livre para permitir ou não que a entrevista seja gravada, bem como é livre para responder ou não ao questionário.

Marque uma das opções abaixo:

() Autorizo a gravação da entrevista por meio de áudio.

() Não autorizo a gravação da entrevista.

Esclarecemos que toda pesquisa científica envolvendo seres humanos demanda atenção especial aos potenciais riscos envolvidos, conforme preconizado pela Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a quais estabelecem diretrizes e normas específicas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e principalmente com populações vulneráveis, o que inclui as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os **riscos** decorrentes de sua participação nessa pesquisa podem ser: desconforto ou constrangimento em algum momento da pesquisa, sendo que trabalharemos para que tais riscos sejam minimizados ou, caso aconteçam, a pesquisadora se compromete em: a) suspender a entrevista ou anular o questionário respondido; b) reagendar a entrevista; c) acordar com o(a) participante alguma outra medida cabível; d) ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo. Para evitar que tais situações aconteçam, adotaremos os seguintes cuidados: a) as entrevistas com os participantes serão individuais e presenciais; b) os participantes de pesquisa têm todo o direito de não responder a qualquer pergunta que for feita, caso não queira ou não se sinta à vontade.

Cumpramos esclarecer que a pesquisa, através da instituição que a acolhe, garantirá

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 1 de 3

indenização aos/as participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos/as participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, e que não há previsibilidade deles em seus graus, níveis e intensidades conforme prevista na Resolução CNS nº. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, uma vez que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Se o (a) senhor (a) aceitar participar, contribuirá para o avanço do conhecimento sobre HIV/AIDS entre as pessoas idosas no estado do Amazonas, sendo este um **benefício** direto da pesquisa, sendo reconhecida a contribuição de cada participante da pesquisa. Em conformidade às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo visa promover benefícios sociais e científicos que superem possíveis riscos, uma vez que a sua participação no estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre HIV na velhice, especialmente no Amazonas, e para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e adequadas às necessidades dessa população. Desse modo, embora não haja compensação financeira, os **benefícios** da pesquisa terão impactos sociais importantes para a comunidade.

Os participantes da pesquisa têm assegurados pela pesquisadora o direito a indenizações e cobertura material para reparar quaisquer danos imediatos ou posteriores resultantes de sua participação, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012. Além disso, caso o (a) Sr (a) decida retirar seu consentimento para participação a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta de dados, terá total liberdade e direito de fazê-lo, sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. Asseguramos ao(a) Sr(a) a preservação do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados em todas as etapas da pesquisa e em sua subsequente divulgação científica, **garantindo seu anonimato** conforme estipulado pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Desta forma, sua identidade permanecerá resguardada e não será revelada em nenhum momento, sendo colocados os dados oferecidos sob identificação através de pseudônimos, ou seja, nomes fictícios ou codificados usados para substituir o nome verdadeiro de uma pessoa, como por exemplo signos astrológicos: Escorpião, Peixes, Áries, Touro, etc.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em uma dissertação de mestrado que estará disponível para acesso no Banco de Teses e Dissertação da Universidade Federal do Amazonas (TEDE), bem como serão apresentados em relatório parcial e final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

O(A) Sr(a). pode entrar com contato com a pesquisadora responsável **Sthefane Monteiro Pereira** a qualquer tempo para informação adicional no endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, e-mail: sthefanemonteiro@hotmail.com, ou a orientadora Alice Alves Menezes Ponce de Leão endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077- 000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga- IFCHS, e-mail: aliceponce@ufam.edu.br ou por meio do Comitê de Ética (CEP) da UFAM, este último sendo o órgão responsável por garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética, protegendo os direitos e a segurança dos participantes. Sua função é avaliar o estudo para garantir que ele cumpra os princípios éticos, como o consentimento informado e a confidencialidade. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) – Sala 07, Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, horário de atendimento ao público: Segunda - Terça - Quinta - 9:00-11:30h e 14:00-16:00, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em

todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante _____ Data: ____/____/____

Caso o participante da pesquisa esteja impossibilitado de assinar:

Eu _____, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para o(a) participante da pesquisa _____, o(a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.



Polgar direito (caso não assine).

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 2 de 3

ANEXO D – TCLE Profissionais da Saúde da FMT-HVD

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para Profissionais da Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa HIV não tem idade: Vulnerabilidades associadas à vida sexual na velhice em Manaus - Am, realizada pela mestrandia Sthefane Monteiro Pereira sob a orientação da professora Doutora Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Os objetivos do projeto são, **objetivo geral**: Investigar as vulnerabilidades associadas à vida sexual de pessoas idosas que vivem com HIV, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM. **Objetivos específicos**: 1. Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas; 2. Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV; 3. Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura.

Esta pesquisa oferece uma contribuição significativa para a comunidade acadêmica ao explorar a experiência de pessoas idosas que recebem o diagnóstico positivo de HIV durante a velhice. A abordagem crítica e construtiva adotada abre espaço para uma análise aprofundada, possibilitando uma maior visibilidade dessa problemática.

O (A) Sr(a) está sendo convidado porque compreendemos que sua contribuição é importante para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa, uma vez que trabalha e acompanha diretamente pessoas idosas com HIV/Aids na Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM. O (a) senhor (a) foi escolhido(a) por estar inscrito(a) nesse processo e poderá oferecer importante contribuição na análise que pretendemos fazer. O(a) senhor(a) é livre para permitir ou não que a entrevista seja gravada, bem como é livre para responder ou não ao questionário.

Marque uma das opções abaixo:

() Autorizo a gravação da entrevista por meio de áudio.

() Não autorizo a gravação da entrevista.

Resalta-se que a sua participação de forma alguma vai prejudicar a rotina dos serviços de assistência à saúde, conforme prevê o Art. 5º da Resolução 580 de 2018, que estabelece as especificidades éticas para pesquisas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esclarecemos que toda pesquisa científica envolvendo seres humanos demanda atenção especial aos potenciais riscos envolvidos, conforme preconizado pela Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a quais estabelecem diretrizes e normas específicas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e principalmente com populações vulneráveis, o que inclui as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os **riscos** decorrentes de sua participação nessa pesquisa podem ser: desconforto ou constrangimento em algum momento da pesquisa, sendo que trabalharemos para que tais riscos sejam minimizados ou, caso aconteçam, a pesquisadora se compromete em: a) suspender a entrevista ou anular o questionário respondido; b) reagendar a entrevista; c)

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 1 de 3

acordar com o(a) participante alguma outra medida cabível; d) ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo. Para evitar que tais situações aconteçam, adotaremos os seguintes cuidados: a) as entrevistas com os participantes serão individuais e presenciais; b) os participantes de pesquisa têm todo o direito de não responder a qualquer pergunta que for feita, caso não queira ou não se sinta à vontade.

Cumpramos esclarecer que a pesquisa, através da instituição que a acolhe, garantirá indenização aos/as participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos/as participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, e que não há previsibilidade deles em seus graus, níveis e intensidades conforme prevista na Resolução CNS nº. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, uma vez que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Se o (a) senhor (a) aceitar participar, contribuirá para o avanço do conhecimento sobre HIV/AIDS entre as pessoas idosas no estado do Amazonas, sendo este um **benefício** direto da pesquisa, sendo reconhecida a contribuição de cada participante da pesquisa. Em conformidade às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo visa promover benefícios sociais e científicos que superem possíveis riscos, uma vez que a sua participação no estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre HIV na velhice, especialmente no Amazonas, e para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e adequadas às necessidades dessa população. Desse modo, embora não haja compensação financeira, os **benefícios** da pesquisa terão impactos sociais importantes para a comunidade.

Os participantes da pesquisa têm assegurados pela pesquisadora o direito a indenizações e cobertura material para reparar quaisquer danos imediatos ou posteriores resultantes de sua participação, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012. Além disso, caso o (a) Sr (a) decida retirar seu consentimento para participação a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta de dados, terá total liberdade e direito de fazê-lo, sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. Asseguramos ao(à) Sr(a) a preservação do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados em todas as etapas da pesquisa e em sua subsequente divulgação científica, garantindo seu anonimato conforme estipulado pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Desta forma, sua identidade permanecerá resguardada e não será revelada em nenhum momento, sendo colocados os dados oferecidos sob identificação através de pseudônimos, ou seja, nomes fictícios ou codificados usados para substituir o nome verdadeiro de uma pessoa, como por exemplo constelações: Órion, Hércules, Fênix, Pégaso, Andrômeda, Lira, etc.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em uma dissertação de mestrado que estará disponível para acesso no Banco de Teses e Dissertação da Universidade Federal do Amazonas (TEDE), bem como serão apresentados em relatório parcial e final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável **Sthefane Monteiro Pereira** a qualquer tempo para informação adicional no endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, e-mail: sthefanemonteiro@hotmail.com, ou a orientadora Alice Alves Menezes Ponce de Leão endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP :69077- 000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga- IFCHS, e-mail: aliceponce@ufam.edu.br ou por meio do Comitê de Ética (CEP) da UFAM, este último sendo o órgão responsável por garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética, protegendo

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

os direitos e a segurança dos participantes. Sua função é avaliar o estudo para garantir que ele cumpra os princípios éticos, como o consentimento informado e a confidencialidade. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, horário de atendimento ao público: Segunda - Terça - Quinta - 9:00-11:30h e 14:00-16:00, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado(a)

sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante _____ Data: ____/____/____

ANEXO D – TCLE Coordenação do Programa Estadual de HIV/Aids

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para Coordenador do Programa Estadual de HIV/Aids do Amazonas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa HIV não tem idade: Vulnerabilidades associadas à vida sexual na velhice em Manaus - AM, realizada pela mestrandia Stéfane Monteiro Pereira sob a orientação da professora Doutora Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Os objetivos do projeto são, objetivo geral: Investigar as vulnerabilidades associadas à vida sexual de pessoas idosas que vivem com HIV, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM. Objetivos específicos: 1. Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas; 2. Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV; 3. Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e se dará por meio da concessão de uma entrevista e preenchimento do roteiro de entrevista. Esta pesquisa oferece uma contribuição significativa para a comunidade acadêmica ao explorar a experiência de pessoas idosas que recebem o diagnóstico positivo de HIV durante a velhice e que realizam acompanhamento sistemático na Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. O (a) senhor (a) foi escolhido(a) por estar inserido(a) nesse processo e poderá oferecer importante contribuição na análise que pretendemos fazer. O(a) senhor(a) é livre para permitir ou não que a entrevista seja gravada, bem como é livre para responder ou não ao questionário.

Marque uma das opções abaixo:

() Autorizo a gravação da entrevista por meio de áudio.

() Não autorizo a gravação da entrevista.

Esclarecemos que toda pesquisa científica envolvendo seres humanos demanda atenção especial aos potenciais riscos envolvidos, conforme preconizado pela Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a quais estabelecem diretrizes e normas específicas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e principalmente com populações vulneráveis, o que inclui as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os riscos decorrentes de sua participação nessa pesquisa podem ser: desconforto ou constrangimento em algum momento da pesquisa, sendo que trabalharemos para que tais riscos sejam minimizados ou, caso aconteçam, a pesquisadora se compromete em: a) suspender a entrevista ou anular o questionário respondido; b) reagendar a entrevista; c) acordar com o(a) participante alguma outra medida cabível; d) ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo. Para evitar que tais situações aconteçam, adotaremos os seguintes cuidados: a) as entrevistas com os participantes serão individuais e presenciais; b) os participantes de pesquisa têm todo o direito de não responder a qualquer pergunta que for

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 1 de 3

feita, caso não queira ou não se sinta à vontade.

Cumpre esclarecer que a pesquisa, através da instituição que a acolhe, garantirá indenização aos/as participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos/as participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, e que não há previsibilidade deles em seus graus, níveis e intensidades conforme prevista na Resolução CNS nº. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, uma vez que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Se o (a) senhor (a) aceitar participar, contribuirá para o avanço do conhecimento sobre HIV/AIDS entre as pessoas idosas no estado do Amazonas, sendo este um benefício direto da pesquisa, sendo reconhecida a contribuição de cada participante da pesquisa. Em conformidade às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo visa promover benefícios sociais e científicos que superem possíveis riscos, uma vez que a sua participação no estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre HIV na velhice, especialmente no Amazonas, e para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e adequadas às necessidades dessa população. Desse modo, embora não haja compensação financeira, os benefícios da pesquisa terão impactos sociais importantes para a comunidade.

Os participantes da pesquisa têm assegurados pela pesquisadora o direito a indenizações e cobertura material para reparar quaisquer danos imediatos ou posteriores resultantes de sua participação, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012. Além disso, caso o (a) Sr (a) decida retirar seu consentimento para participação a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta de dados, terá total liberdade e direito de fazê-lo, sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. Asseguramos ao(a) Sr(a) a preservação do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados em todas as etapas da pesquisa e em sua subsequente divulgação científica, garantindo seu anonimato conforme estipulado pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Desta forma, sua identidade permanecerá resguardada e não será revelada em nenhum momento, sendo colocados os dados oferecidos sob identificação através de pseudônimos, ou seja, nomes fictícios ou codificados usados para substituir o nome verdadeiro de uma pessoa, como por exemplo signos astrológicos: Escorpião, Peixes, Áries, Touro, etc.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em uma dissertação de mestrado que estará disponível para acesso no Banco de Teses e Dissertação da Universidade Federal do Amazonas (TEDE), bem como serão apresentados em relatório parcial e final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

O(A) Sr(a), pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Stéfane Monteiro Pereira a qualquer tempo para informação adicional no endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, e-mail: stefanemonteiro@hotmail.com, ou a orientadora Alice Alves Menezes Ponce de Leão endereço institucional: Av. General Rodrigo Octávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077- 000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga- IFCHS, e-mail: aliceponce@ufam.edu.br ou por meio do Comitê de Ética (CEP) da UFAM, este último sendo o órgão responsável por garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética, protegendo os direitos e a segurança dos participantes. Sua função é avaliar o estudo para garantir que ele cumpra os princípios éticos, como o consentimento informado e a confidencialidade. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, horário de atendimento ao público: Segunda - Terça - Quinta - 9:00-11:30h e 14:00-16:00, e-mail:

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 2 de 3

cep@ufam.edu.br.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr(a), ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____ Data: ____/____/____

Assinatura do(a) participante _____ Data: ____/____/____

ANEXO D – TCLE Movimento Social Fórum Amazonas das OSC'S IST/HIV/AIDS/ Hepatites Virais e Tuberculose

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para o (a) Representante do Movimento Social de HIV/Aids na cidade de Manaus -AM.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – IFCHS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA-PPGSS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa HIV não tem idade: Vulnerabilidades associadas à vida sexual na velhice em Manaus - Am, realizada pela mestranda Sthefane Monteiro Pereira sob a orientação da professora Doutora Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Os objetivos do projeto são, **objetivo geral:** Investigar as vulnerabilidades associadas à vida sexual de pessoas idosas que vivem com HIV, acompanhadas pela Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT), em Manaus – AM. **Objetivos específicos:** 1. Traçar a realidade social e demográfica de pessoas idosas que vivem com HIV no Brasil, com ênfase no estado do Amazonas; 2. Averiguar de que forma as relações de gênero construídas ao longo da trajetória de vida incidem sobre a vivência da sexualidade de homens idosos e de mulheres idosas em Manaus – AM que os/as tornaram vulneráveis ao HIV; 3. Examinar as expressões da sexualidade de pessoas idosas que vivem com o vírus HIV, atendidas pela FMT-HVD em Manaus – AM, destacando em que medida a política de saúde tem se empenhado na promoção de uma velhice sexualmente segura.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e se dará por meio da concessão de uma entrevista e preenchimento do roteiro de entrevista. Esta pesquisa oferece uma contribuição significativa para a comunidade acadêmica ao explorar a experiência de pessoas idosas que recebem o diagnóstico positivo de HIV durante a velhice e que realizam acompanhamento sistemático na Fundação de Medicina Tropical – Doutor Heitor Vieira Dourado. O (a) senhor (a) foi escolhido(a) por estar inserido(a) nesse processo e poderá oferecer importante contribuição na análise que pretendemos fazer. O(a) senhor(a) é livre para permitir ou não que a entrevista seja gravada, bem como é livre para responder ou não ao questionário.

Marque uma das opções abaixo:

- () Autorizo a gravação da entrevista por meio de áudio.
() Não autorizo a gravação da entrevista.

Esclarecemos que toda pesquisa científica envolvendo seres humanos demanda atenção especial aos potenciais riscos envolvidos, conforme preconizado pela Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, a quais estabelecem diretrizes e normas específicas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos e principalmente com populações vulneráveis, o que inclui as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os **riscos** decorrentes de sua participação nessa pesquisa podem ser: desconforto ou constrangimento em algum momento da pesquisa, sendo que trabalharemos para que tais riscos sejam minimizados ou, caso aconteçam, a pesquisadora se compromete em: a) suspender a entrevista ou anular o questionário respondido; b) reagendar a entrevista; c) acordar com o(a) participante alguma outra medida cabível; d) ressarcir possíveis despesas oriundas desse processo. Para evitar que tais situações aconteçam, adotaremos os seguintes cuidados: a) as entrevistas com os participantes serão individuais e presenciais; b) os

participantes de pesquisa têm todo o direito de não responder a qualquer pergunta que for feita, caso não queira ou não se sinta à vontade.

Cumpra esclarecer que a pesquisa, através da instituição que a acolhe, garantirá indenização aos/as participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais será exigida dos/as participantes, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, e que não há previsibilidade deles em seus graus, níveis e intensidades conforme prevista na Resolução CNS nº. 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, uma vez que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

Se o (a) senhor (a) aceitar participar, contribuirá para o avanço do conhecimento sobre HIV/AIDS entre as pessoas idosas no estado do Amazonas, sendo este um **benefício** direto da pesquisa, sendo reconhecida a contribuição de cada participante da pesquisa. Em conformidade às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo visa promover benefícios sociais e científicos que superem possíveis riscos, uma vez que a sua participação no estudo contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre HIV na velhice, especialmente no Amazonas, e para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e adequadas às necessidades dessa população. Desse modo, embora não haja compensação financeira, os **benefícios** da pesquisa terão impactos sociais importantes para a comunidade.

Os participantes da pesquisa têm assegurados pela pesquisadora o direito a indenizações e cobertura material para reparar quaisquer danos imediatos ou posteriores resultantes de sua participação, conforme estabelecido pela Resolução 466/2012. Além disso, caso o (a) Sr (a) decida retirar seu consentimento para participação a qualquer momento, seja antes ou depois da coleta de dados, terá total liberdade e direito de *fazê-lo*, sem sofrer qualquer prejuízo pessoal. Asseguramos ao(a) Sr(a) a preservação do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados em todas as etapas da pesquisa e em sua subsequente divulgação científica, **garantindo seu anonimato** conforme estipulado pela Resolução CNS nº 466 de 2012. Desta forma, sua identidade permanecerá resguardada e não será revelada em nenhum momento, sendo colocados os dados oferecidos sob identificação através de pseudônimos, ou seja, nomes fictícios ou codificados usados para substituir o nome verdadeiro de uma pessoa, como por exemplo signos astrológicos: Escorpião, Peixes, Áries, Touro, etc.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em uma dissertação de mestrado que estará disponível para acesso no Banco de Teses e Dissertação da Universidade Federal do Amazonas (TEDE), bem como serão apresentados em relatório parcial e final ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável **Sthefane Monteiro Pereira** a qualquer tempo para informação adicional no endereço institucional: Av. General Rodrigo Oclávio, nº 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga - IFCHS, e-mail: sthefanemonteiro@hotmail.com, ou a orientadora Alice Alves Menezes Ponce de Leão endereço institucional: Av. General Rodrigo Oclávio, nº6200, Coroado I, CEP:69077- 000, sala 08 do Bloco Mário Ypiranga- IFCHS, e-mail: aliceponce@ufam.edu.br ou por meio do Comitê de Ética (CEP) da UFAM, este último sendo o órgão responsável por garantir que a pesquisa seja conduzida de maneira ética, protegendo os direitos e a segurança dos participantes. Sua função é avaliar o estudo para garantir que ele cumpra os princípios éticos, como o consentimento informado e a confidencialidade. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 - Adrianópolis - Manaus - AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, horário de

atendimento ao público: Segunda - Terça - Quinta - 9:00-11:30h e 14:00-16:00, e-mail: cep@ufam.edu.br.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo (a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____ Data: __/__/__

Assinatura do(a) participante _____ Data: __/__/__

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 1 de 3

Rubrica Participante: _____
Rubrica Pesquisador: _____

Página 2 de 3