

**UNIVERSIDADE VILA VELHA – ES**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**FABÍOLA FERREIRA DA SILVA**

**HIV NA MATURIDADE: ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO**  
**PÓS-DIAGNÓSTICO POR PESSOAS COM 50 ANOS**  
**OU MAIS**

**VILA VELHA - ES**  
**2025**

**FABÍOLA FERREIRA DA SILVA**

**HIV NA MATURIDADE: ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO  
PÓS-DIAGNÓSTICO POR PESSOAS COM 50 ANOS  
OU MAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, para a obtenção do grau de Mestre (a) em Sociologia Política.

**Orientador:** Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa.

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Réia Sílvia Gonçalves Pereira.

**VILA VELHA – ES**

**2025**

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

S586h

Silva, Fabíola Ferreira da  
HIV na maturidade : enfrentamento da infecção pós-diagnóstico  
por pessoas com 50 anos ou mais / Fabíola Ferreira da Silva. – 2025  
112 f.: il.

Orientador: Pablo Ornelas Rosa.  
Coorientadora: Réia Sílvia Gonçalves Pereira.  
Dissertação (mestrado em Sociologia Política) - Universidade  
Vila Velha, 2025.  
Inclui bibliografias.

1. Sociologia Política. 2. HIV (Vírus). 3. Sexo.  
I. Rosa, Pablo Ornelas. II. Pereira, Réia Sílvia Gonçalves.  
III. Universidade Vila Velha. IV. Título.

CDD 306.2

**FABÍOLA FERREIRA DA SILVA**

**HIV NA MATURIDADE: ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO  
PÓS-DIAGNÓSTICO POR PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS**

Dissertação apresentada à Universidade  
Vila Velha, como pré-requisito do  
Programa de Pós-graduação em  
Sociologia Política, para a obtenção do  
grau de Mestre (a) em Sociologia Política.

Aprovada em 28 de julho de 2025,

Banca Examinadora:

---

**Dr. Paulo Edgar da Rocha Resende (UNIFESP/SP)**

---

**Dr. Tiago Nogueira Hyra e Chagas Rodrigues (UUV/ES)**

---

**Dr. Pablo Ornelas Rosa (UUV/ES)**

**Orientador**

---

**Dra. Réia Sílvia Gonçalves Pereira (UENF/RJ)**

**Co- Orientadora**

Página de assinaturas

  
**Pablo Rosa**  
026.527.899-61  
Signatário

  
**Tiago Rodrigues**  
287.949.778-79  
Signatário

  
**réia pereira**  
096.761.227-69  
Signatário

  
**Paulo Resende**  
304.983.518-40  
Signatário

HISTÓRICO

- |                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01 ago 2025<br>10:37:57 |  | <b>Pablo Ornelas Rosa</b> criou este documento. ( Email: pablo.rosa@uvv.br, CPF: 026.527.899-61 )                                                                                                            |
| 01 ago 2025<br>10:37:59 |  | <b>Pablo Ornelas Rosa</b> (Email: pablo.rosa@uvv.br, CPF: 026.527.899-61) visualizou este documento por meio do IP 177.221.125.131 localizado em Linhares - Espírito Santo - Brazil                          |
| 01 ago 2025<br>10:38:02 |  | <b>Pablo Ornelas Rosa</b> (Email: pablo.rosa@uvv.br, CPF: 026.527.899-61) assinou este documento por meio do IP 177.221.125.131 localizado em Linhares - Espírito Santo - Brazil                             |
| 01 ago 2025<br>11:58:33 |  | <b>réia sylvia gonçalves pereira</b> (Email: artigodebates@gmail.com, CPF: 096.761.227-69) visualizou este documento por meio do IP 131.255.20.102 localizado em Vitória - Espírito Santo - Brazil           |
| 01 ago 2025<br>11:58:40 |  | <b>réia sylvia gonçalves pereira</b> (Email: artigodebates@gmail.com, CPF: 096.761.227-69) assinou este documento por meio do IP 131.255.20.102 localizado em Vitória - Espírito Santo - Brazil              |
| 01 ago 2025<br>15:20:26 |  | <b>Paulo Edgar da Rocha Resende</b> (Email: pauloedgar.rresende@gmail.com, CPF: 304.983.518-40) visualizou este documento por meio do IP 191.19.221.229 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil         |
| 01 ago 2025<br>15:20:52 |  | <b>Paulo Edgar da Rocha Resende</b> (Email: pauloedgar.rresende@gmail.com, CPF: 304.983.518-40) assinou este documento por meio do IP 191.19.221.229 localizado em São Paulo - São Paulo - Brazil            |
| 01 ago 2025<br>11:51:09 |  | <b>Tiago Nogueira Hyra e Chagas Rodrigues</b> (Email: tiago.rodrigues@uvv.br, CPF: 287.949.778-79) visualizou este documento por meio do IP 177.221.125.131 localizado em Linhares - Espírito Santo - Brazil |



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento  
Hash SHA256 do PDF original 0d37b88862f08ab485a36f4650d3b7630baa761d548c4b458f1bd133d2be6405  
<https://valida.ae/b62a44c5f358c76ece61ae8426ce05ea4fc3309cc48a75b05>





Autenticação eletrônica 3/3  
Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo  
Última atualização em 01 ago 2025 às 15:20  
Identificador: b62a44c5f358c76ece61ae8426ce05ea4fc3309cc48a75b05

01 ago 2025  
11:51:23



**Tiago Nogueira Hyra e Chagas Rodrigues** (Email: [tiago.rodrigues@uvv.br](mailto:tiago.rodrigues@uvv.br), CPF: 287.949.778-79) assinou  
este documento por meio do IP 177.221.125.131 localizado em Linhares - Espírito Santo - Brazil



Escaneie a imagem para verificar a autenticidade do documento  
Hash SHA256 do PDF original 0d37b88862f08ab485a36f4650d3b7630baa761d548c4b458f1bd133d2be6405  
<https://valida.ae/b62a44c5f358c76ece61ae8426ce05ea4fc3309cc48a75b05>



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e minha fé que foram fundamentais para que eu fosse perseverante e alcance meu objetivo.

Agradeço o apoio incondicional do meu Orientador Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa e da minha Co-orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Réia Sílvia Gonçalves Pereira, que acreditaram em mim e foram essenciais na sua construção da minha pesquisa.

Agradeço a Comissão Examinadora pelas excelentes contribuições.

Agradeço o apoio da minha Família por acreditarem em mim e respeitarem as minhas ausências.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, profissionais de saúde, que trabalham comigo há anos e que muito me incentivaram através de palavras motivacionais durante os plantões.

Agradeço acima de tudo aos interlocutores que concordaram em participar dessa pesquisa. Em especial, a interlocutora Dona Joaquina, que veio a falecer meses após a entrevista, meus sentimentos a família.

“... cansado de correr, na direção contrária  
Sem pódio de chegada ou beijo de namorada  
Eu sou mais um cara.  
Mas se você achar que eu estou derrotado,  
Saiba que ainda estão rolando os dados, por que o tempo? O tempo não para.  
Dias sim, dias não, eu vou sobrevivendo sem um arranhão  
Da caridade de quem me detesta  
A tua piscina tá cheia de ratos, tuas ideias não correspondem aos fatos  
O tempo não para  
Eu vejo o futuro repetir o passado  
Eu vejo um museu de grandes novidades  
O tempo não para  
Não para, não para”.

Trecho da música: O tempo não para  
Arnaldo Brandao / Cazuza



## RESUMO

FERREIRA DA SILVA, FABÍOLA. M.Sc em Sociologia Política. Universidade Vila Velha, julho de 2025. **HIV na maturidade: enfrentamento da infecção pós-diagnóstico por pessoas com 50 anos ou mais.** Orientador: Dr. Pablo Ornelas Rosa. Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Réia Sílvia Gonçalves Pereira

A epidemia do HIV/AIDS iniciou na década de 1980, onde os primeiros casos foram identificados nos Estados Unidos acometendo, principalmente, homossexuais masculinos, assim como usuários de drogas e profissionais do sexo. Entretanto, houve a disseminação do HIV em todo mundo. Atualmente, as estatísticas indicam a suscetibilidade de infecção pelo HIV para qualquer pessoa de ambos os sexos e qualquer faixa etária. Neste contexto constata-se um número significativo de pessoas com mais de 50 anos diagnosticadas com HIV e/ou apresentando os sintomas da AIDS. Este estudo teve por objetivo compreender os principais desafios enfrentados cotidianamente por pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS que possuam mais de 50 anos de idade. Como metodologia, o estudo consiste em uma pesquisa de cunho qualitativo tendo como base histórias de vida de interlocutores com 50 anos ou mais diagnosticados com HIV em tratamento. Foram realizadas entrevistas em profundidade utilizando um roteiro semiestruturado. Por se tratar de uma pesquisa referente a um grupo de difícil acesso, os dados foram coletados com a utilização da estratégia bola de neve.

**Palavras-chaves:** HIV/AIDS. Maturidade. Envelhecimento. Sexualidade. Enfrentamento.

## **ABSTRACT**

FERREIRA DA SILVA, FABÍOLA. M.Sc, Universidade Vila Velha - ES, julho de 2025.  
**HIV in maturity: coping with post-diagnosis infection by people aged 50 and over.** Advisor: Dr. Pablo Ornelas Rosa. Co-advisor: Dr<sup>a</sup>. Réia Sílvia Gonçalves Pereira.

The HIV/AIDS epidemic began in the 1980s, when the first cases were identified in the United States, mainly affecting male homosexuals, as well as drug users and sex workers. However, there has been the spread of HIV worldwide. Currently, statistics indicate the susceptibility to HIV infection for any person of both sexes and any age group. In this context, there is a significant number of people over 50 years old diagnosed with HIV and/or presenting the symptoms of AIDS. This study aimed to understand the main challenges faced daily by people diagnosed with HIV/AIDS who are over 50 years old. As a methodology, the study consists of a qualitative research based on life stories of interlocutors with 50 years or more diagnosed with HIV in treatment. In-depth interviews were conducted using a semi-structured script. Because it is a research concerning a group of difficult access, the data were collected using the snowball strategy.

**Keywords:** HIV/AIDS. Maturity. Aging. Sexuality. Coping.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Pirâmide Etária do Estado do Espírito Santo entre os anos de 2000, 2010 e 2022, segundo dados do IBGE, com elaboração do ISJN (outubro, 2024) ..... | 22 |
| Figura 2: Casos de HIV/Aids segundo faixa etária, por sexo Feminino e Masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico. Espírito Santo - 2019-2023.....   | 23 |
| Figura 3: Campanha de Carnaval de Prevenção contra a Aids 2008.....                                                                                           | 43 |
| Figura 4: Campanha de Carnaval de Prevenção contra a Aids 2009.....                                                                                           | 44 |
| Figura 5: Campanha de Carnaval de Prevenção contra a Aids 2024.....                                                                                           | 45 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |                                                                                                |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AIDS       | Acquired Immune Deficiency Syndrome                                                            |
| ARV'S      | Antirretrovirais                                                                               |
| AZT        | Zidovudina                                                                                     |
| CD4+       | Células de Defesa                                                                              |
| CTA        | Centros de Testagem e Aconselhamento                                                           |
| DNA        | Ácido Desoxirribonucleico                                                                      |
| ES         | Espírito Santo                                                                                 |
| FIOCRUZ    | Fundação Oswaldo Cruz                                                                          |
| HIV        | Vírus da Imunodeficiência Humana                                                               |
| IBGE       | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                                |
| IJSN       | Instituto Jones dos Santos Neves                                                               |
| IST's      | Infecções Sexualmente Transmissíveis                                                           |
| LGBTQIAPN+ | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pan, Não-binárias e mais |
| MS         | Ministério da Saúde                                                                            |
| OMS        | Organização Mundial da Saúde                                                                   |
| PEP        | Profilaxia Pós-exposição                                                                       |
| PrEP       | Profilaxia Pré-exposição                                                                       |
| PVHIV      | Pessoa vivendo com HIV                                                                         |
| SIDA       | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida                                                         |
| SINAN      | Sistema de Informação de Agravos de Notificação                                                |
| SUS        | Sistema Único de Saúde                                                                         |
| TARV       | Terapia Antirretroviral                                                                        |
| TCLE       | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                                     |
| UNAIDS     | Programa Conjunto das Nações Unidas                                                            |
| UVV        | Universidade Vila Velha                                                                        |

## SUMÁRIO

|                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                    | <b>13</b>  |
| <b>CAPÍTULO I: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO.....</b>                           | <b>26</b>  |
| 1.1 PROCESSO DE MATURIDADE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO.....                              | 27         |
| 1.1.1 As barreiras do Envelhecimento e as Políticas Brasileiras.....                                        | 28         |
| 1.1.2 Aspectos quanto a Sexualidade da Pessoa a partir dos 50 anos ou mais e os Dispositivos de Poder.....  | 32         |
| 1.2 HIV E SUA DISSEMINAÇÃO NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO.....                                               | 35         |
| 1.2.1 Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil e no Espírito Santo a partir de sujeitos com 50 anos ou mais..... | 37         |
| 1.2.2 Políticas Públicas relacionadas ao HIV/AIDS.....                                                      | 39         |
| <b>CAPÍTULO II: O ANTES E O DEPOIS DO HIV.....</b>                                                          | <b>47</b>  |
| 2.1 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE FELISBERTO.....                                           | 48         |
| 2.2 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE JOSIVALDO....                                             | 54         |
| 2.3 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE DONA CARMELITA.....                                       | 61         |
| 2.4 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE DONA JOAQUINA.....                                        | 69         |
| <b>CAPÍTULO III: APESAR DE TUDO, AINDA EXISTO.....</b>                                                      | <b>76</b>  |
| 3.1 O VIVER COM HIV NA MATURIDADE.....                                                                      | 83         |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                            | <b>93</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                     | <b>96</b>  |
| <b>ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>                                      | <b>106</b> |
| <b>ANEXO B: PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE VILA VELHA.....</b>                                     | <b>108</b> |
| <b>APÊNDICE: ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE.....</b>                                                 | <b>111</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A descoberta de uma nova epidemia denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) completou 44 anos e se iniciou na década de 1980, quando os primeiros casos foram identificados nos Estados Unidos, acometendo, na maioria dos casos, homossexuais masculinos, assim como usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (Fernandes, Bruns, 2021).

Os cientistas da época classificaram a enfermidade como a "doença dos três H", atribuindo sua prevalência a três grupos estigmatizados socialmente: homossexuais, haitianos e usuários de heroína (Rádio França Internacional, 2023). Posteriormente, o grupo dos hemofílicos foi incluído nessa categorização, resultando na denominação "doença dos quatro H", que reforçava preconceitos sociais, associando a enfermidade a identidades e condições marginalizadas, ao invés de priorizar uma abordagem baseada em evidências científicas. Desse modo, o termo AIDS só foi utilizado a partir de setembro de 1982 (Rádio França Internacional, 2023).

Entretanto, somente em 1983, um grupo de pesquisadores franceses do Instituto Pasteur, localizado em Paris – França, liderado por Luc Montagnier e de Robert Gallo, do National Cancer Institute, nos Estados Unidos da América, descobriu o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) como o responsável pelo desenvolvimento da doença (Fernandes; Bruns, 2021).

Desde o nascimento desse diagnóstico, inúmeras pessoas em todo o mundo foram acometidas pelo vírus HIV e a população brasileira não fugiu à regra. Os primeiros casos no mundo foram identificados principalmente em homossexuais masculinos, assim como usuários de drogas, profissionais do sexo e por acidentes de trabalho com perfurocortantes (risco de exposição ao HIV), que levou a óbito centenas de pessoas, visto que não havia medicamentos eficazes para o controle da doença, na época de seu descobrimento (Peixoto, 2022).

Anos mais tarde, a transmissão passou a ocorrer também de forma vertical, ou seja, de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação. Além disso, observou-se a disseminação entre pessoas com mais de cinquenta anos, bem como entre

indivíduos inseridos em relações heteronormativas, desafiando estereótipos sobre grupos de risco e revelando dinâmicas sociais mais amplas de vulnerabilidade (Wiechmann, 2023).

Entretanto, houve a disseminação desse vírus em todo mundo (Martins, Knauth, Vigo, 2020) no decorrer dos últimos 45 anos. Atualmente, as estatísticas indicam a suscetibilidade de infecção pelo HIV para qualquer pessoa de ambos os sexos e qualquer faixa etária. Nesse contexto, constata-se um número significativo de pessoas, de ambos os sexos, com mais de 50 anos diagnosticadas com HIV e/ou apresentando os sintomas da AIDS (Martins; Knauth; Vigo, 2020).

Embora homens homossexuais e usuários de drogas injetáveis tenham sido historicamente mais associados a infecções ao longo da epidemia de HIV/AIDS, é fundamental considerar que mulheres e homens heterossexuais também vivenciam diferentes formas de estigma e discriminação (Matias, 2019; Gugliotti, 2024).

Esse processo evidencia como os mecanismos de classificação e rotulagem de determinados grupos, como mais vulneráveis à AIDS, não apenas estimularam estereótipos, mas também geraram impactos subjetivos e sociais em outros (Matias, 2019). Tais construções sociais produziram medos e ansiedades que transcendem os grupos inicialmente estigmatizados, influenciando percepções sobre a sexualidade, bem como sobre o envelhecimento, na medida em que demonstram que o estigma relacionado ao HIV/AIDS se insere em um campo mais amplo (Goffman, 1980; Goldenberg, 2023; Matias, 2019).

Segundo determinações consensuais estabelecidas internacionalmente pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), após diversos estudos já publicados que foram aceitos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma pessoa com 50 anos ou mais vivendo com o HIV, mesmo em uso da Terapia Antirretroviral (TARV), é considerada uma pessoa em processo de envelhecimento avançado, pois o vírus HIV ataca as células de defesa no ser humano, desencadeando um envelhecimento biológico precoce de 10 até 15 anos (Peixoto, 2022; Wing, 2017; Unids, 2024).

Portanto, a OMS e a Constituição Federativa do Brasil (Brasil, 1988) reconhecem como pessoa idosa o indivíduo a partir dos 60 anos. Contudo, a partir de uma ponderação sobre essa perspectiva que esta pesquisa considerará pessoas com 50 anos como idosas, justamente por serem portadoras do vírus HIV, em início do processo do envelhecimento, reiterando o caráter também social da categoria velhice. Dessa forma, empreende-se o esforço de compreender o envelhecimento como um fenômeno social, coletivo, mas também biológico (Minayo; Coimbra Júnior, 2002).

O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas (Minayo; Coimbra Júnior, 2002, p. 14).

Assim, nesse trabalho, foram analisadas as trajetórias de vida de pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais que vivem com HIV há mais de uma década, revelando assim um duplo estigma: o do contágio com o HIV e o do processo de envelhecimento, que se entrelaça com o silêncio, a resistência, a exclusão e a vida em curso (Goffman, 1980; Goldenberg, 2021; Gugliotti, 2024).

Fassin (2023) defende o conceito da biolegitimidade, entendido como o “direito da vida em curso”, visto que muitas pessoas desse dessa faixa etária ainda experienciam a vida afetiva e erótica, ao buscarem por novos amores, novas interações sociais, novas descobertas quanto a sua sexualidade (Goldenberg, 2023) e, em alguns casos, uma nova orientação sexual, contrapondo-se aos preconceitos de datas históricas, em que a velhice deve ser “assexuada”, o que insere esses indivíduos como “desviantes” por estarem fora do contexto (Becker, 2008).

Charles Rosenberg (2020) salienta que ao se depararem com o diagnóstico de infecção pelo vírus HIV, causador da AIDS, os indivíduos acometidos são impulsionados a uma reflexão profunda sobre como essa nova realidade pode implicar um *turning point* no curso de suas vidas. O momento do diagnóstico, muitas vezes, se configura como um divisor de águas, não apenas no plano individual, mas também no coletivo, pois o estigma associado a essa condição, é um reflexo das normas sociais que delimitam o que é considerado "normal" ou "aceitável".



De acordo com Rosenberg (2020), cada vez mais vivemos sob a “tirania do diagnóstico”, que tem o poder de redefinir as nossas vidas, colocando-nos à margem dos padrões tradicionais e impondo-nos a inclusão em categorias que antes estavam ausentes em nossa identidade. A percepção de si mesmo e o cuidado de si (Foucault, 2009) podem ser transformados, à medida que passamos a navegar entre a exclusão e a adaptação às novas formas de pertencimento social.

Em se tratando das pessoas que vivem com HIV, o cuidado de si ganha novas dimensões, pois, em consequência do estigma do qual o indivíduo muitas vezes é submetido, tal sujeito passa a reconstruir uma nova identidade, através da adesão ao tratamento e cultivando uma vida com propósitos, independentemente de sua condição sorológica. Com isso, o cuidado de si no contexto das pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV significa viver com autonomia, com liberdade, resistindo às formas de biopoder, aprendendo a lidar com os desafios cotidianos, compartilhando experiências em grupos de apoio e reafirmando a vida e não apenas a sobrevivência, buscando novas formas de viver e conviver (Foucault, 2009; Gomes, Ferreri, Lemos, 2018).

Na visão de Michel Foucault (2009), o cuidado de si é tratado como um dispositivo de poder, pois o ser humano tem o controle sobre ele mesmo, ou seja, o direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação das necessidades, ao direito de resgatar, além de todas as opressões ou alienações que surgem das sociedades modernas, aquilo que se é e tudo o que se pode ser.

Entretanto, a sociedade também é convocada a repensar suas concepções sobre saúde e a relação entre o indivíduo e a coletividade, principalmente na atual visibilidade do HIV, que nos remota às questões de desigualdade, estigma e vulnerabilidade (Rosenberg, 2020). Esse contexto nos remete à reflexão das questões quanto ao conceito estigmatizado de envelhecimento e de sexualidade na velhice, conforme os preceitos de Raphael Bispo (2016) quando ele diz que:

[...] devido às representações sociais negativas sobre a velhice – fortemente associadas a estigmas ligados à decadência física e ao isolamento –, a solidão tornou-se um tema mais a ser confrontado do que pesquisado pelos especialistas. Valorizaram-se desde os anos 80 nas ciências sociais, por exemplo, trabalhos empíricos sobre a “vida ativa” dos idosos e suas redes de

sociabilidade, principalmente de mulheres (Bispo, 2016, p. 265).

Essa “vida” tem sido negligenciada pelo poder público e nas interações sociais no decorrer de várias décadas em decorrência do estigma do etarismo (o processo de envelhecer tende a ser visto como incapacitante, inoperante), além da concepção da velhice assexuada e o controle do Estado sobre os corpos, estereotipando os indivíduos idosos que têm vida erótico-afetiva como “anormais”. Ainda assim, o que se observa é que o vírus HIV vem atingindo cada vez mais esse perfil geracional ao buscarem por mais qualidade de vida, através de interações sociais e relações erótico-afetivas (Peixoto, 2022; Goffman, 1980; Foucault, 2009).

Com isso, entendendo que a epidemia do HIV/AIDS atualmente atinge todas as faixas etárias, inclusive indivíduos com 50 anos ou mais, independente de gênero, orientação sexual, classe e raça. Tal estudo levanta a questão sobre como as pessoas dessa faixa etária enfrentam o viver com HIV e as políticas da vida (Fassin, 2023) relacionadas à sua experiência com a doença (Nery, Valença, 2014; Wichmann et al, 2013).

A categoria sexualidade é inscrita como um bem-estar e tem sido estimulada no campo da gerontologia (Davis et al, 2021; Brigeiro, 2021), favorecendo uma transição demográfica, com o aumento do público 50 e mais que está cada vez mais buscando e realizando atividades que lhes proporcionem bem-estar físico, espiritual, afetivo e sexual (Wiechmann, 2023). Ao abordar a relação entre envelhecimento e sexualidade, é fundamental considerar a inclusão da comunidade LGBTQIAPN+ que vivencia experiências afetivas e sexuais, enquanto enfrenta desafios específicos em seu cotidiano, relacionados tanto à diversidade quanto a preconceitos estruturais (Gugliotti, 2024, Peixoto, 2022).

A geração de pessoas com 50 anos ou mais experienciou um período historicamente atravessado pelo pânico moral (Gugliotti, 2024) em torno do HIV e da AIDS, no qual os discursos biomédicos e midiáticos produziram e disseminaram regimes de verdade que associavam a sexualidade, em especial, a homossexual, ao risco e à patologização do prazer (Gugliotti, 2024). Conforme analisado por Foucault (2014), tais discursos funcionaram como biopoder, ao normatizarem práticas e identidades. A

busca por parceiros (as) discretos(as) pode ser compreendida como uma estratégia de governo de si, um exercício de auto-condução frente à vigilância moral e ao medo socialmente instituído (Fassin, 2023; Gugliotti, 2024).

Dessa forma, este trabalho parte do conceito de biopolítica encontrado nas análises de Foucault (2014), no entanto também se ampara nas políticas da vida, identificadas por Fassin (2023), que amplia o conceito foucaultiano ao introduzir esse termo para explorar situações concretas e destacar desigualdades contemporâneas, enfatizando como a gestão da vida reflete julgamentos morais que diferenciam quem merece viver, ser salvo ou receber atenção.

Este trabalho opta pela perspectiva de Fassin ao objetivar uma análise voltada às situações concretas e cotidianas e à moralidade ou biolegitimidade:

[...] nas fronteiras da vida nua e social, dos vivos e do vivido, onde a biologia encontra a política, talvez exija uma nova orientação na investigação da biopolítica. Eu chamaria esta orientação de moral, na medida em que não se trata de definir normas e valores, de delimitar o bem e o mal, o justo e o injusto, a verdade e a mentira, mas sim de examinar como estas normas e valores, estas linhas divisórias entre o bem e o mal, o justo e o injusto, a verdade e a mentira, são constituídas em um dado marco histórico e geográfico (Fassin, 2023, p.18).

Assim, segundo Didier Fassin (2023), a biolegitimidade ajuda a entender como a vida das pessoas idosas com HIV pode ser tanto valorizada quanto negligenciada social e politicamente. Nesse sentido, esse grupo enfrenta desafios como a hierarquização do sofrimento, na medida em que o HIV foi historicamente associado a jovens, deixando os idosos soropositivos menos visíveis nas políticas de saúde.

Além disso, também é possível identificar certa negligência institucional, tendo em vista que o sistema de saúde muitas vezes não adapta tratamentos e cuidados às necessidades específicas do envelhecimento com HIV. Desse modo, a falta de reconhecimento social em razão do preconceito contra a velhice e a soropositividade reduz a atenção dada à prevenção e ao atendimento dedicado a esse grupo (Miriam Goldenberg, 2023; Gugliotti, 2024).

Diante da intercessão acerca da temática sobre o envelhecimento e Antropologia da Saúde, os trabalhos de Raphael Bispo (2025); Maria Cecília de Souza Minayo e Carlos Everaldo Alves Coimbra Junior (2002) são de grande relevância justamente por contestarem uma visão universalista sobre velhice, colocando em evidência as mudanças sobre as percepções acerca do envelhecimento no Brasil.

Considerando o aumento significativo da população com mais de 50 anos diagnosticada com HIV/AIDS no Estado do Espírito Santo, demonstrado nos dados do Boletim Epidemiológico Estadual HIV/AIDS – ES/2023 (Espírito Santo, 2024) que registraram 90 novos casos de HIV por pessoas do gênero feminino e 139 do gênero masculino, com faixa etária de 50 anos ou mais, ou seja, somente no ano de 2023, houve a notificação de um total de 229 pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais diagnosticadas com infecção por HIV, pergunta-se: Como é o processo de envelhecimento vivendo com o HIV no Brasil com 50 anos ou mais e quais os desafios enfrentados por essas pessoas no Estado do Espírito Santo?

No intuito de responder tal questão, a pesquisa tem por objetivo compreender os principais desafios enfrentados cotidianamente por essas pessoas diagnosticadas com HIV na faixa etária 50 anos ou mais em tratamento, que residem nos municípios da Grande Vitória – ES (Vitória, Vila Velha, Serra, Viana e Cariacica). Este estudo consiste em uma pesquisa de cunho qualitativo, tendo como base histórias de vida de interlocutores na faixa etária de 50 anos ou mais diagnosticados com HIV e que estão em tratamento. Na concepção de Nogueira et al (2017, p. 468), a pesquisa relacionada à história de vida é uma construção de conhecimento por meio de um vínculo entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa que discorre a sua história de vida.

Segundo Becker (1994, p. 108), “as histórias de vida podem ser particularmente úteis ao fornecer uma visão subjetiva de processos institucionais muito estudados”. Dessa forma, um conceito importante a ser considerado na análise das histórias de vida é a ética vivida (Fassin, 2010). O conceito refere-se à forma como indivíduos tomam decisões morais e lidam com dilemas éticos em seu cotidiano. Diferente de uma ética abstrata ou normativa, a ética vivida emerge das experiências concretas das pessoas, mostrando como elas justificam, negociam e resistem às condições sociais que enfrentam.

Na visão sociológica de Fassin (2010), a ética vivida reflete nas práticas de cuidado e decisões de condutas éticas, relacionadas às populações que se encontram em vulnerabilidade e/ou sofrimento, principalmente quando há controle social, ou seja, no que concerne às pessoas que vivem com o HIV, as políticas públicas ao afirmarem estar seguindo protocolos, aplicam julgamentos morais, em que certos grupos são considerados "vítimas", em contrapartida de outros, tais como: homossexuais, trans, profissionais do sexo e outros, como desviantes e indignos de cuidado.

Nesse sentido, retomo o conceito de ética vivida (Fassin, 2010) ao associá-lo ao envelhecimento. Se o envelhecimento é atravessado por normas sociais que determinam o que é considerado uma "boa velhice" (ativa, produtiva, saudável) (Bispo, 2016) e o que é visto como uma velhice "indesejada" (dependente, doente, solitária), a ética vivida aparece na forma como as pessoas idosas negociam essas expectativas e constroem sentidos para sua experiência. Suas escolhas morais são feitas em meio a estruturas de poder que afetam seu acesso a tratamento, reconhecimento e respeito.

Assim, o conceito de ética vivida pode ser aplicado à análise das trajetórias de pessoas com mais de 50 anos vivendo com HIV, para compreender como elas enfrentam moralmente sua condição diante das normas sociais, das políticas de saúde e das experiências pessoais de estigma e resistência (Fassin, 2010; Bispo, 2016; Goffman, 1980).

Em continuidade, para realização deste estudo, iniciou-se a seleção de artigos extraídos de sites como Bireme, Pubmed, Scielo, Lilacs e Capes, assim como, documentos, livros e manuais condizentes na temática da pesquisa, tendo como palavras-chave: HIV/AIDS, maturidade, envelhecimento, sexualidade, enfrentamento.

O estudo teve como sujeitos de pesquisa pessoas com 50 anos ou mais, de ambos os sexos, diagnosticadas com HIV e que estão em tratamento, residentes nos municípios da Grande Vitória (Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica e Viana). Foram excluídos indivíduos que não atendem às especificidades do perfil e que se recusaram a participar da pesquisa em algum momento. Por se tratar de uma pesquisa referente a um grupo de difícil acesso, os dados coletados resultaram da adoção metodológica

da estratégia bola de neve<sup>1</sup> (Vinuto, 2014), onde “[...] é necessário que haja um intermediário inicial, também denominado de semente, que localiza ou aponta algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa a ser realizada” (Bockorni, Gomes, 2021, p. 108).

O primeiro interlocutor foi indicado por um profissional de saúde que atua na assistência a esse perfil populacional no município de Serra – ES, tendo sido feito através de uso telefônico, onde foi explicitado todo o teor da pesquisa, o que permitiu posteriormente a realização de uma entrevista presencial em sua residência. A pessoa da pesquisa indicou outro interlocutor com o mesmo perfil geracional e, assim, novos interlocutores foram surgindo, até que o quadro de amostragem ficasse saturado. Participaram da pesquisa dois homens e duas mulheres, com idades variando entre 53 e 68 anos, com escolaridades diferentes, rendas distintas e tempo de diagnóstico variando entre 12 e 26 anos.

A coleta de dados ocorreu com a utilização de um roteiro de entrevista em profundidade semiestruturado, em que para Minayo et al (2001, p. 57):

A entrevista é um procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informações contidas na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Ao partir de uma abordagem metodológica conduzida pela história de vida, é necessário mencionar que as entrevistas aconteceram na residência dos sujeitos da pesquisa e foram realizadas com o uso de gravador de áudio em um aparelho celular e depois foram transcritas na íntegra, para que pudessem ser submetidas à análise de conteúdo. As entrevistas foram realizadas após o estudo ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Vila Velha (UVV), por meio da Plataforma Brasil, com a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o anonimato da identidade dos interlocutores.

---

<sup>1</sup>Entendendo que tal procedimento metodológico apresenta limites a saber a rede de contatos, pode levar os interlocutores acionados a compartilhar experiências semelhantes. Entretanto, em que pese tais ponderações, compreendemos a bola de neve como procedimento metodológico eficaz ao trabalho proposto.

Utilizou-se de forma aleatória nomes fictícios como Felisberto, Josivaldo, Carmelita e Joaquina para identificação dos interlocutores. Além disso, a pesquisa foi realizada a partir da adesão da analítica foucaultiana, propondo uma genealogia sobre a percepção daquelas pessoas com mais de 50 anos, que vivem com o diagnóstico de HIV, em relação as suas condições de vida, problematizando questões, envolvendo tanto a biopolítica quanto o racismo de Estado.

Visando explanar sobre os conceitos de maturidade, envelhecimento, sexualidade e desafios cotidianos de pessoas que vivem com HIV na faixa etária de 50 anos ou mais, o capítulo I intitulado “Envelhecimento populacional no ES” retrata o perfil do envelhecimento no Estado do Espírito Santo (Instituto Jones Santos Neves, 2024). O estudo realizado pelo Instituto Jones Santos Neves (2024), conforme demonstra a figura 1, equivale à pirâmide do envelhecimento populacional do Estado do Espírito Santo, ocupando a 6ª colocação do ranking nacional entre os estados brasileiros.

Figura 1: Pirâmide Etária do Estado do Espírito Santo entre os anos de 2000, 2010 e 2022, segundo dados do IBGE, com elaboração do ISJN (outubro, 2024).



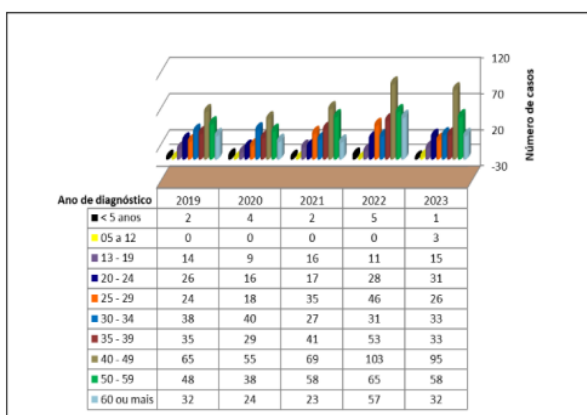
Fonte: Instituto Jones Santos Neves, 2024. Disponível em: [https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/S%C3%ADnteses/IJSN\\_Especial\\_Idosos.pdf](https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/S%C3%ADnteses/IJSN_Especial_Idosos.pdf). Acesso em abril 2024.

Constata-se na figura 1 um crescimento expressivo quanto ao processo de envelhecimento, ou seja, pessoas na faixa etária entre 50 anos com o diagnóstico de HIV no Estado do Espírito Santo. (Espírito Santo, 2023). Apesar de pessoas com faixa

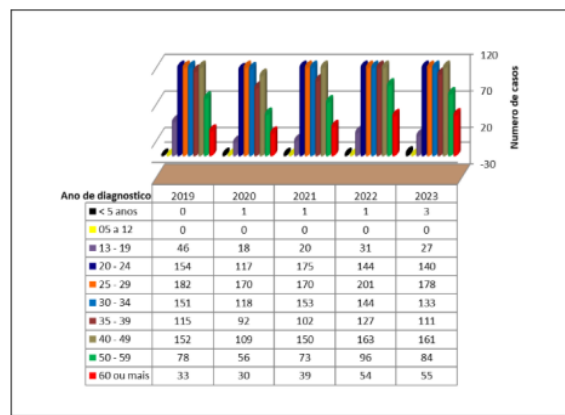
etária entre 50 a 59 anos não serem consideradas pessoas idosas, segundo a legislação brasileira, a Organização Mundial da Saúde reconhece como pessoa idosa, o indivíduo que apresenta este perfil geracional, desde que este seja uma pessoa que vive com o HIV (PVHIV) (Unaid, 2024; Peixoto, 2022; Wing, 2016).

Além disso, Wing (2017) afirma que o HIV acelera o processo de envelhecimento, em decorrência de alterações metabólicas e biológicas associadas não somente à ação do vírus HIV no organismo, mas também ao uso contínuo da terapia antirretroviral, que, em muitos casos, desencadeia efeitos colaterais, desenvolvendo novos desafios para a população da faixa etária de 50 anos ou mais que vive com HIV. Essa afirmação corrobora com o estudo realizado por Peixoto (2022), ao conceituar que as medicações antirretrovirais contribuem para o envelhecimento acelerado das células das PVHIV, processo desencadeado pelo encurtamento dos telômeros (são extremidades dos cromossomos que protegem o nosso DNA, ou seja, nosso material genético). Entretanto, cada vez que temos uma divisão celular, ocorre um encurtamento dos telômeros. Pessoas que vivem com HIV têm esse encurtamento acelerado, diminuindo suas defesas, mesmo estando em tratamento, podendo desenvolver comorbidades mais precocemente em relação às pessoas HIV negativas. (Peixoto, 2022).

Figura 2: Casos de HIV/Aids segundo faixa etária, por sexo Feminino e Masculino, respectivamente, segundo faixa etária e ano de diagnóstico no Estado do Espírito Santo - 2019-2023.



FONTE: ESUS-VS



FONTE: ESUS-VS

Fonte: Instituto Jones Santos Neves, 2024. Disponível em:

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/NEVE/Boletim%20Epidemiologico%20Estadual%20HIV%20Aids%202023.pdf>. Acesso abril 2024.



A figura 2 corrobora com os estudos de Wing (2017), Peixoto (2022) ao descreverem os indicadores da epidemiologia do HIV/AIDS no Estado do Espírito Santo, onde podemos visualizar o índice crescente de pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais com o diagnóstico de infecção por HIV (Espírito Santo, 2023). Observa-se que no ano de 2019 houve um total de 70 pessoas do sexo feminino (quadro 1) versus 111 do sexo masculino, com 50 anos ou mais diagnosticadas com o HIV. Em 2020, em decorrência da pandemia pela COVID-19, o índice de diagnóstico por este recorte etário sofreu um declínio em ambos os sexos, que pode ser explicado por uma subnotificação por parte dos serviços de saúde e/ou pelo fato de que a sociedade foi orientada a um isolamento social, com isto, diminuindo o contato físico entre as pessoas e, conseqüentemente, diminuindo as relações erótico-afetivas, tendo como consequência a diminuição de infecção por HIV neste perfil geracional (Espírito Santo, 2023).

Contudo, nos anos de 2022-2023 houve um aumento significativo de diagnósticos nessa faixa etária, sendo que “[...] Em relação ao sexo feminino a faixa etária predominante foi entre 35 a 60 anos ou mais em 2022 e entre 30 e 59 anos em 2023, ou seja, mais tardiamente em relação ao sexo masculino” (Espírito Santo, 2023, p. 4).

Esses índices demonstram que muitas pessoas com faixa etária de 50 anos ou mais ainda têm vida erótico-afetiva ativa e que, portanto, as políticas públicas necessitam viabilizar ações e estratégias de promoção e prevenção contra a propagação do HIV direcionadas a esse público, em virtude dos desafios cotidianos que essa população enfrenta, como veremos através das histórias de vida dos interlocutores dessa pesquisa, pois viver com HIV é ir muito além dos sintomas (Gugliotti, 2024).

O capítulo II apresenta as narrativas envolvendo as histórias de vida dos interlocutores com faixa etária de 50 anos ou mais, antes e depois do diagnóstico de infecção pelo vírus HIV, e o impacto que o evento do diagnóstico provocou em suas vidas, além de mostrar como os indivíduos de 50 anos ou mais que vivem com HIV enfrentam os desafios no seu cotidiano e a sua percepção em relação ao enfrentamento quanto ao HIV diante das políticas públicas relacionadas ao combate ao HIV/AIDS.

O capítulo III apresenta uma introdução analítica foucaultiana em articulação com o conceito de biolegitimidade proposto por Fassin, visando identificar as formas de manejo dos interlocutores em conviver com o diagnóstico perante a sociedade, assim como analisa como tais indivíduos lidam com as questões envolvendo sexualidade e relações erótico-afetivas. Nesse sentido, Didier Fassin (2023) desenvolve o conceito de biolegitimidade para analisar como a vida biológica se torna um critério central na definição do que é considerado digno de proteção e cuidado. Para Fassin (2023), a biolegitimidade diz respeito de como as vidas são hierarquizadas e à maneira como o sofrimento e a morte são reconhecidos (ou não) de acordo com critérios morais, políticos e humanitários.

## **CAPÍTULO I: ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO**

Neste capítulo apresentamos o processo de maturidade e de envelhecimento das pessoas com cinquenta anos ou mais no Brasil e no Estado do Espírito Santo. Observa-se que tais dimensões abrangem questões de ordem social, política, econômica, fisiológica e cultural, de forma independente, de indivíduo para indivíduo (Peixoto, 2022; Bispo, 2016).

Segundo Wichmann et al (2013) e Ortmann (2020), nas últimas décadas houve um aumento da expectativa de vida dos indivíduos em consequência dos investimentos da indústria farmacêutica, através da produção de medicamentos que melhoram significativamente a qualidade de vida das pessoas, minimizando o surgimento de doenças crônicas provenientes do processo de envelhecimento, ampliando a longevidade.

Não somente a indústria farmacêutica contribuiu para esse novo perfil de envelhecimento no Brasil e, consequentemente, no estado do Espírito Santo, como também as condições de trabalho e/ou aposentadoria; mudanças quanto ao estilo de vida; a procura pelo lazer; a busca por atividades físicas; a preocupação por uma alimentação equilibrada, além da interação social envolvendo familiares, amigos, grupos de convivência (Melo et al, 2009). Sabe-se que uma grande parcela da população brasileira atingirá a terceira idade nas próximas décadas, porém a forma como cada um chegará a essa fase da vida dependerá exclusivamente do estilo de vida de cada indivíduo (Silva, 2012; Goldenberg, 2023; Melo et al, 2009).

Mudanças de comportamento, no que diz respeito ao processo de maturidade e envelhecimento no Brasil e no mundo, vêm sendo apresentadas de forma explícita na última década, em que percebemos alterações quanto ao perfil dessa faixa etária (Bispo, 2016). O envelhecimento, antes considerado “a finitude da vida” repleto de problemas físicos, psíquicos e emocionais, altera algumas de suas características, evidenciadas no campo da medicina, da antropologia e da sociologia, ao perceberem que as pessoas com 50 anos ou mais passaram a ter um novo comportamento e um

novo olhar para a suas vidas, instigaram para um envelhecimento ativo. Contudo, sem menosprezar o envelhecimento biológico (Davis et al, 2021).

Esses são alguns dos desafios encontrados no cotidiano de pessoas 50 anos ou mais com HIV que serão discutidos nos capítulos a seguir, com o intuito de compreendermos o dinamismo de vivenciar as interações sociais (família, amigos, emprego, amores), a sexualidade, o envelhecimento e o adoecimento mediante o diagnóstico de HIV, além da forma como veem o mundo sob a ótica antes e depois do diagnóstico de infecção por HIV (Peixoto, 2022; Gugliotti, 2024; Brigeiro, 2021).

## 1.1 PROCESSO DE MATURIDADE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

O termo “terceira idade”, que tem sido utilizado socialmente por muitas pessoas de forma pejorativa, incentiva o etarismo (Camarano; Pasinato, 2004) e o capacitismo, a partir do momento em que o imaginário social passa a olhar as pessoas dessa faixa etária como incapazes, desprestigiando sua capacidade laboral. Isso reflete negativamente no mercado de trabalho, tornando-se um ponto de barreira dentro do processo de envelhecimento, pois limitam as oportunidades de empregabilidade (Bueno, 2015; Benedito, 2009).

Atualmente, o que se observa é o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, ou seja, indivíduos com faixa etária com cinquenta anos ou mais acompanhados por histórias de vida, perspectivas, desafios, preconceitos, estigmas (Goffman, 1980), solidão e medo (Becker, 1994; Goffman, 1980). O Estado do Espírito Santo é um dos estados brasileiros que vem acompanhando esse crescimento populacional. De acordo com os dados do Instituto Jones dos Santos Neves (2013, p.14): “[...] a população capixaba vem passando por uma fase na qual a população deixa de ser predominantemente jovem e passa a se tornar progressivamente envelhecida”.

Segundo Neri e Debert (1999), o envelhecimento é um processo mais relacionado a fatores fisiológicos do que a uma idade cronológica específica. Encarar o envelhecer não é apenas aceitar as alterações do corpo, é também saber lidar com os aspectos sociais e emocionais (isolamento social, angústia, receios), além dos aspectos

econômicos e de adoecimento que o processo do envelhecimento desencadeia, de forma diferenciada, de indivíduo para indivíduo. Conviver com as limitações impostas pela sociedade em relação à idade avançada torna-se um exercício diário para essa nova geração de 50 anos ou mais (Bispo, 2016).

Logo, o problema não é a velhice, mas a velhice feia, carcomida, sem movimento, parada, encostada, que não se expõe ao mundo. A inatividade é um fator de exclusão social, e não a velhice propriamente dita, algo inevitável. É preciso agir contra ela, ter disposição e, principalmente, trazer para si mesma a responsabilidade maior com o controle de seus próprios corpos (Bispo, 2016, p. 61).

Na concepção de Rebelatto et al (2006), a resiliência da pessoa em aceitar o processo de envelhecimento vem do receio das críticas por parte dos familiares e das questões culturais impostas pela sociedade, de que velhice é significado de “fim da vida”, repleto de limitações, considerando-o um ser desvalorizado, como aponta Schneider e Irigaray (2008, p. 587): “Na época contemporânea, florescer do século XXI, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega aos velhos o seu valor e sua importância social”.

O envelhecimento, segundo esses estudos, é visto, tanto pela própria sociedade quanto pelo idoso, como uma fase de desvalorização e sofrimento, na qual se reforçam estigmas e preconceitos (Goffman, 1980; Schneider, Irigaray (2008). A resiliência da pessoa quanto ao processo de envelhecimento é impactada, em grande medida, por uma rede de pressões e valores negativos que vem do meio familiar e social (Rebelatto et al, 2006; Brigeiro, 2021). Contudo, apesar de vivermos no século XXI, é possível constatar que pessoas na fase da maturidade ainda são submetidas a diversos tipos de opressões, independentemente de gênero, religião, etnia, condição socioeconômica e orientação sexual (Goldenberg, 2023).

### **1.1.1 As barreiras do Envelhecimento e as Políticas Brasileiras**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a longevidade se consolidou como um fenômeno global, influenciado por dinâmicas sociais, culturais, políticas e econômicas (Lebrão, 2009). No entanto, embora os direitos das pessoas em fase de maturidade e envelhecimento sejam garantidos por legislações federais e estaduais

no Brasil e no Estado do Espírito Santo, observa-se que esse grupo etário continua a enfrentar múltiplos desafios, especialmente no que tange às dimensões emocionais e psicossociais, evidenciando a persistência de barreiras estruturais e simbólicas na sociedade (Reis; Gir, 2010). Sob a perspectiva sociológica, o processo de envelhecimento constitui uma fase da vida permeada por desafios e construções de significado, sendo atravessado por fatores culturais, econômicos, emocionais e sociais que influenciam a experiência e a posição do indivíduo na estrutura social (Brandão & Mercadante, 2009).

Ramos (2002, p. 7) entende que:

A longevidade foi uma conquista e uma vitória do ser humano. Mas o surpreendente é que, depois de alcançar a possibilidade de uma vida longa (os homens viverão 100,120 anos), a sociedade não sabe o que fazer com os velhos. A velhice parece que pode ser considerada uma vitória com sabor de fracasso. Todos querem viver muito, ninguém quer ser velho. [...] Por que rejeitamos essa etapa da vida? Uma das explicações, entre tantas outras que podem ser dadas, é que a velhice é excludente, e, portanto, sem significado, sem lugar. [...] Os velhos são sábios ou são um peso? São eles um peso ou é a sociedade que torna pesada a vida dos que envelhecem?

Assim, enquanto Rodrigues e Diogo (2002) argumentam que o envelhecimento seria um fenômeno fisiológico e cronológico, ou seja, aconteceriam mudanças em todas as células do nosso corpo e no funcionamento de todos os nossos órgãos; Amâncio e Cavalcanti (1975), ao contrário, sugerem que o envelhecimento é apenas uma etapa do desenvolvimento humano, caracterizada pela perda funcional e diminuição da expectativa de vida, desencadeando certa condição de vulnerabilidade.

Carvalho Filho e Papaléo Netto (2005) observaram que, no Brasil, o envelhecimento populacional ocorre de forma acelerada, com várias facetas no aspecto social, psíquico, mental, emocional, econômico e político. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, essas facetas nos mostram que a velhice não necessariamente deve vir acompanhada de comorbidades e incapacidades, tendo em vista que ela também pode ser um estado de bem-estar social.

Ao atingir a fase da maturidade, as pessoas tendem a questionar suas prioridades, rever seu estilo de vida e suas escolhas, visto que algumas delas começam a apresentar incapacidades físicas e/ou cognitivas, favorecendo o estigma do etarismo

(Silva, 2012; Silva, 2021; Goffman, 1980). Todavia, há ainda aquele perfil de pessoas maduras que se preocupam com o seu bem-estar mental, físico, espiritual e emocional. Neri (1999) argumenta que o envelhecimento deve ser entendido como um processo mais relacionado a fatores fisiológicos do que a uma idade cronológica específica. Alguns indivíduos atualmente viabilizam o processo de envelhecer como um “sinônimo de libertação” encarado como um momento de oportunidades e novas descobertas, de novas perspectivas (Debert, 2010; Bispo, 2014).

Pela ótica de Sousa, Galante e Figueiredo (2003), o envelhecimento está diretamente associado às várias modificações do corpo, como por exemplo: as rugas e os cabelos brancos; o andar é mais lento; a visão mais turva, a perda de capacidades físicas, risco de quedas, que interferem na sua qualidade de vida e autonomia. As mudanças biológicas e o surgimento de limitações físicas são frequentes e impactam profundamente o ser da pessoa gerando sensação de inválido, incapacitado e desacreditável (Matsudo, 2009; Goffman, 1980; Silva (2012); Melo et al (2009).

Os estudos de Silva (2012) e Melo et al (2009) mostram que a idade avançada traz inúmeras sequelas para o ser humano, dentre elas, a incapacidade funcional, quando o indivíduo realiza suas tarefas diárias com mais dificuldade, gerando sensação de invalidez, incapacidade e descrença (Goffman, 1980).

Além disso, a população de 50 anos ou mais vem crescendo a cada ano e a oferta de trabalho vem sendo descartada em muitos setores. O etarismo é um conceito que surgiu a partir do momento em que o imaginário social passa a olhar as pessoas dessa faixa etária como incapaz e desprestigia sua capacidade laboral (Camarano e Pasinato, 2004). Consequentemente, é fundamental contextualizar sociologicamente essa expressão, a fim de desconstruir esses estereótipos e desafiar as barreiras impostas pelo estigma (Goffman, 1980).

Essas representações negativas relacionadas ao processo de envelhecimento versus mercado de trabalho destoa de forma explícita no que se refere ao art. 27 da Lei 14.423 de julho de 2022 (Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente) que diz: “[...] Na admissão da pessoa

idosa em qualquer trabalho ou emprego, são vedadas a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir” (Brasil, 2022, p. 4).

Lembrando que muitas dessas pessoas são provedores do sustento de suas famílias (Camarano, 2002), Camarano (2002, p. 12) aponta que: “Em muitos casos, constitui-se na única fonte de renda das famílias. Isso se verifica mesmo quando se consideram estruturas familiares por nível de renda”. Entretanto, a ausência de empregabilidade também é um fator que reflete na vida da pessoa com 50 anos ou mais, visto que o trabalho nessa fase da vida pode ser considerado uma forma de “pertencimento”, ou seja, fazer parte de um meio, de um contexto social, além de inclusão social (Goulart Junior et al, 2008).

Em 2012, o governo do Estado do Espírito Santo, sob o mandato do Governador Renato Casagrande, instituiu a Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de atender esse perfil populacional em todos os níveis de atenção com qualidade e eficácia, a fim de que os direitos sejam executados de forma concreta, respeitando as particularidades de cada indivíduo (Espírito Santo, 2012).

As particularidades da pessoa em processo de envelhecimento são inúmeras e, para enfrentá-las, faz-se necessária a adesão de práticas de resiliência por parte dos envolvidos, pois são diversos os desafios de (con) viver com o envelhecimento, dentre eles se encontram as questões emocionais, como a angústia, o medo da velhice, o luto, o medo da solidão, o isolamento social, a carência afetiva e sexual (Bispo, 2014). As representações emocionais associadas ao envelhecimento contribuem para a reprodução do etarismo, impactando a construção identitária do indivíduo com 50 anos ou mais, influenciando seus desejos, sonhos e relações sociais. O estigma associado à idade reforça processos de exclusão simbólica e social, restringindo as possibilidades de participação ativa desse grupo (Goffman, 1980; Corrêa, 2023; Camarano e Pasinato, 2004).

No entanto, na última década, é possível constatar certa ressignificação do envelhecimento, especialmente com a ascensão do conceito de envelhecimento ativo, através de uma mudança quanto ao estilo de vida por meio de atividades físicas,



alimentação equilibrada, assim como certa busca por mais interações sociais envolvendo familiares, amigos e grupos de convivência, de acordo com Melo et al (2009), o que tem promovido maior visibilidade da população com 50 anos ou mais, impulsionando sua valorização como um segmento de mercado estratégico para empresas de entretenimento, abrangendo viagens, festas, passeios e atividades culturais voltadas especificamente para esse público (Bispo, 2014; Corrêa, 2023).

Nesse interim, observa-se que pessoas com 50 ou mais que participam desses eventos possuem autonomia, assim como sentimento de liberdade para vivenciar algo novo; fazem novas amizades, eventualmente um novo amor e até mesmo exploram a sua sexualidade (Corrêa, 2023).

Atualmente, na era contemporânea, muitas pessoas com faixa etária de 50 anos ou mais está em busca por um novo amor e nos remete à categoria do afeto e da sexualidade, mas também as suas implicações, visto que estudiosos do ramo da antropologia e da sociologia concomitante aos estudiosos das ciências da saúde concordam que o tema sexualidade na fase dita como “madura” recebe um olhar estereotipado de “inadequado”, aumentando o estigma com relação ao público de 50 anos ou mais (Goldenberg, 2023, Bispo, 2014).

### **1.1.2 Aspectos quanto a Sexualidade da Pessoa a partir dos 50 anos ou mais e os Dispositivos de Poder**

Quando o assunto é sexualidade na maturidade e velhice, faz-se necessário considerar os conceitos históricos sobre a velhice “assexuada” desde a era do Cristianismo, em que se fomentou que o conceito de que o sexo tinha apenas a finalidade de procriação (Dantas, 2010), e que a prática de sexo por pessoas que não tinham mais a capacidade de procriação seria “inadequada” e/ou “imoral”.

Nesse sentido, Covey (1989) afirmou que o pensamento da Idade Média, caracterizado pela ideia de que o desejo sexual desaparece com o envelhecimento e que a prática sexual na velhice constitui-se comportamento pervertido, ainda perpassa as crenças ocidentais sobre a “assexualidade” do idoso (Oliveira, 2009, p. 21).

Contudo, a ciência teve grande contribuição nos discursos morais no que diz respeito

a sexualidade na fase da maturidade e da velhice, considerando o desejo sexual como uma patologia psíquica e, dessa forma exercendo dispositivos de poder sobre as práticas sexuais, categorizando e hierarquizando os indivíduos (Oliveira, 2009; Foucault, 2009).

Esta vertente entra em contradição quanto ao conceito de Agamben (2007) sobre a “vida nua”, em que o ser humano tem uma vida politizada, pois deve seguir os padrões determinados pelo Estado e pela sociedade. Desse modo, conforme os debates propostos pelos autores acima citados, a pesquisa analisa de forma mais particularizada sobre a trajetória de vida das pessoas com mais de 50 anos diagnosticadas com o HIV (Fassin, 2023).

O etarismo, enquanto forma de discriminação etária, contribui para o isolamento social de indivíduos com 50 anos ou mais (Corrêa, 2023; Camarano, 2004; Wong, 2006), impactando diretamente sua autoidentidade. Nesse sentido, conforme sugere Becker (1994), o processo de construção identitária é moldado pela influência de estigmas que, segundo a análise de Goffman (1980), aponta como esse processo envolvendo a deterioração da identidade podendo prejudicar esse perfil de sujeito e suas interações sociais. Assim, ao estabelecer as normas que delimitam o comportamento considerado aceitável, a sociedade restringe as possibilidades de existência e sobrevivência desses indivíduos, reforçando desigualdades estruturais (Dardengo, Mafra, 2018; Foucault, 2009; Goldenberg, 2023).

Contudo, observa-se que a geração de 50 anos ou mais está desafiando esses tabus, na medida em que reivindica novas formas de vivenciar experiências afetivas e sexuais, o que sinaliza um movimento de reconfiguração das narrativas tradicionais sobre o envelhecimento e o desejo (Corrêa, 2023). O aumento da expectativa de vida tem impulsionado indivíduos com 50 anos ou mais a explorar novas experiências em diversas vertentes no curso da vida, sejam elas no campo do trabalho, no lazer, no aperfeiçoamento profissional, nas relações afetivas e eróticas, contribuindo para a desconstrução do estereótipo de um envelhecimento assexuado e incapacitante (Corrêa, 2023).

Essa reconfiguração inclui o uso de tecnologias médicas, como o Sildenafil (Viagra) utilizado para casos de disfunção erétil e o Tadalafila entre homens, para melhorar o desempenho sexual, assim como produtos para lubrificação vaginal por mulheres na menopausa, permitindo uma vivência sexual ativa (Azuaga, Sampaio, 2016). No entanto, ao buscarem experiências afetivas e satisfação sexual, independentemente de se tratar de relações heterossexuais ou homossexuais, essa faixa etária tornou-se um grupo susceptível ao contágio por infecções sexualmente transmissíveis (IST's), incluindo o HIV (Azuaga, Sampaio, 2016).

Nesse contexto, observa-se que a transição demográfica existente na população brasileira não remete apenas ao aumento de pessoas com 50 anos ou mais, mas também às mudanças comportamentais, que eventualmente experiencia novas descobertas afetivas e sexuais, entretanto, em certas situações, assumem condutas de risco ao se relacionarem com seus (suas) parceiros (as) sem o uso do preservativo, por entenderem que atrapalha o prazer sexual, além do sentimento de confiança pelo (a) parceiro (a), desencadeando o aumento de notificações de transmissão pelo vírus HIV (Peixoto, 2022).

Esses dados reforçam a necessidade de políticas públicas que abordem de forma abrangente campanhas educativas e informativas sobre os meios de transmissão do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (Cazeiro, Leite e Júnior da Costa, 2023). É fundamental incluir ações que promovam a testagem diagnóstica, formas de prevenção e tratamento, além de oferecer grupos de aconselhamento. Tais medidas são essenciais para combater a propagação do HIV, ao mesmo tempo em que enfrentam o estigma etário que ainda permeia as discussões sobre sexualidade na maturidade, conforme argumentam Cazeiro, Leite e Júnior da Costa (2023), independentemente de gênero e designação sexual.

Essa nova realidade evidencia a superação do estigma que associava o contágio por HIV/AIDS exclusivamente a homossexuais, homens que fazem sexo com homens (HSH) com predominância da raça branca, profissionais do sexo, hemofílicos, haitianos, usuários de drogas injetáveis, além do perfil de faixa etária de pessoas mais jovens (Gugliotti, 2024; Brigeiro, 2021, Peixoto, 2022).

## 1.2 HIV E SUA DISSEMINAÇÃO NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), também conhecida pejorativamente como “peste gay” ou “câncer gay”, surgiu no Brasil na década de 1980, desencadeando diversas implicações no que concerne às relações sociais, assim, surgindo os “grupos de risco” e os “pré-conceitos” da sociedade em geral (Celedônio; Andrade, 2014).

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o agente causador da AIDS, surgiu com a ideia de que a doença está diretamente associada com a morte e a promiscuidade. Durante muito tempo, construiu-se a ideia de que para se adquirir o HIV era necessário fazer parte do “grupo de risco” que incluíam homens que fazem sexo com homens (HSH); usuários de drogas injetáveis (UDI) ou profissionais do sexo e hemofílicos. Foi então que, a partir dessa época, a infecção por HIV disseminou-se rapidamente pela população brasileira, e em pouco tempo, acometeu também homens com práticas heterossexuais, o que consequentemente, atingia mulheres e crianças (por transmissão materno-infantil) (Celedônio, Andrade, 2014, p. 48).

Essa predileção da epidemiologia em populações H (homossexuais, haitianos, hemofílicos, heroinômanos (pessoas que usam heroína) e hookers (profissionais do sexo) tornou-se marca do pânico sexual dentro de uma retórica científica poderosa que enquadrava a epidemia fora de segmentos heterossexuais, aqueles mais velhos e do sexo reprodutivo (e dos grandes símbolos culturais heterossexuais: o amor romântico e a segurança do matrimônio) (Gugliotti, 2023).

Os estudos realizados em 2006 apontaram para uma presença significativa de homens e mulheres com mais de cinquenta anos divulgadas com HIV ou AIDS no Brasil. Contudo, o diagnóstico muitas vezes ocorre de forma tardia, em decorrência de fatores culturais que influenciam tanto o sistema de saúde quanto a percepção social (Gugliotti, 2024). A transmissão do HIV ocorre por via predominantemente sexual, pelo contato com sangue contaminado através de transfusão sanguínea (hemoderivado liberado sem os devidos testes realizados), por compartilhamento de drogas injetáveis, pela via placentária ou pelo aleitamento materno (Wiechmann, 2023; Celedônio; Andrade, 2014).

Os sintomas do HIV, como febre, confusão mental, emagrecimento e edemas, muitas vezes se sobrepõem a condições associadas ao envelhecimento, como problemas

gastrointestinais, demências ou infecções urinárias (Fiocruz<sup>2</sup>, 2022; Titon, 2020). Essa sobreposição, aliada ao estigma (Goffman, 1980) relacionado à sexualidade nas pessoas com 50 anos ou mais, reforça a invisibilidade quanto à possibilidade de infecções sexualmente transmissíveis (IST's) nesse perfil geracional.

Tal estigma molda os discursos e as práticas de alguns profissionais de saúde, que, influenciados por conceitos e preconceitos culturais, muitas vezes desconsideram a vida sexual ativa em curso de indivíduos mais velhos, deixando de solicitar exames como o teste de HIV (Goffman, 1980). Essa dinâmica foi analisada por Titon (2020) ao evidenciar como os fatores sociais e culturais afetam diretamente o acesso à saúde e à precisão diagnóstica, perpetuando desigualdades e vulnerabilidades nessa faixa etária.

As pessoas com 50 ou mais que por algum momento acreditam poder estar com alguma infecção sexualmente transmissível, dentre elas o vírus HIV, devem procurar pelos serviços das unidades de saúde e centros de testagem (Brasil, 2024). Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e as unidades de saúde distribuídas em todo o território brasileiro desempenham um papel fundamental quanto à promoção da saúde pública. Indivíduos que buscam esses serviços para a realização do teste de HIV e recebem diagnóstico positivo têm acesso imediato ao tratamento, o que nos remete à reflexão de que a informação, o acesso ao tratamento e a terapia antirretroviral são primordiais para o aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV (Brasil, 2024, Peixoto, 2022).

Nessa vertente, destaca-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia gratuita tanto dos testes que detectam o diagnóstico de HIV (teste rápido, em que o resultado é liberado após trinta minutos ou por testes de laboratório) quanto ao acompanhamento, aconselhamento e entrega de medicamentos antirretrovirais aos indivíduos soropositivos (Brasil, 2024), reforçando o direito de todos à saúde de acordo com os preceitos da Constituição Federal de 1988, independentemente da faixa etária, cor, raça, etnia, orientação sexual (Brasil, 1988).

---

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz. Instituição de ciência e tecnologia em saúde vinculada ao Ministério da Saúde – Brasil.

### **1.2.1 Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil e no Espírito Santo a partir de sujeitos com 50 anos ou mais**

No Brasil, o primeiro caso documentado ocorreu em 1983, na cidade de São Paulo, marcando o início de uma crise que revelou desigualdades sociais e estigmas com as pessoas soropositivas (Campos Filho, Souza, 2017). O HIV é um vírus que acomete o sistema imunológico através dos linfócitos T4 CD4<sup>3+</sup> (células de defesa), alterando o DNA dessas células e realizando várias cópias de si mesmo, infectando todo o organismo humano (Peixoto, 2022).

Entre as décadas de 1980 e 1990, um elevado número de óbitos foi registrado globalmente, uma vez que a etiologia da enfermidade ainda era desconhecida. Nesse contexto, a doença era inicialmente associada a grupos sociais específicos, o que reforçou estigmas e marginalizações (Fernandes, Brunz, 2021). A percepção de que essa condição representava um desfecho fatal gerou um pânico social generalizado, alimentado pela incerteza em relação à sobrevida dos acometidos e pela construção discursiva de uma sentença de morte inescapável (Fernandes, Brunz, 2021).

Em 1983 foi notificado o primeiro caso mundial de contágio em uma criança, enquanto no Brasil surgiram registros de casos de Aids entre mulheres, logo em seguida as transmissões em heterossexuais e contaminação em profissionais de saúde (Brasil, 2024). Em 1985, é descoberto o HIV como agente etiológico (organismo responsável por causar uma doença) e, em seguida, surge o primeiro teste laboratorial para detectar a doença. Com isso, iniciou-se uma busca incessante pela cura, fazendo com que o Brasil, através do Ministério da Saúde (MS), lançasse em 1986 o Programa Nacional de AIDS (Brasil, 2024).

Além de crianças e gestantes, pessoas heterossexuais e com faixa etária a partir dos 50 anos ou mais também passaram a fazer parte dos indivíduos que podiam vir a ser infectados pelo vírus HIV, inclusive mulheres que estavam em relações monogâmicas (matrimônio) e que se consideravam “fora do contexto”, por confiarem em seus companheiros (Vieira, Alves, Sousa, 2014).

---

<sup>3</sup>Células que alertam o sistema imunológico de que o organismo está sendo invadido e necessita de defesa, sendo um excelente marcador para o controle da AIDS.

O número de pessoas acima de 50 anos com HIV/Aids no Brasil vem aumentando significativamente: no período de 1980 a 2006, foram notificados 38.267 casos. Desse total, 26.014 eram do sexo masculino e 12.253, do feminino. Já no ano de 2006, foram registrados 976 novos casos de aids aumentando significativamente: no período de 1980 a 2006, foram notificados 38.267 casos. Desse total, 26.014 eram do sexo masculino e 12.253, do feminino. Já no ano de 2006, foram registrados 976 novos casos de aids entre indivíduos do sexo masculino e 656 entre as mulheres (Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, 2006 citado por Vieira, Alves e Sousa, 2014, p. 64).

Com a identificação do vírus HIV como o agente causador da AIDS, iniciou-se uma busca incessante para a cura. Em 1987, o primeiro medicamento disponibilizado era composto por apenas uma droga e recebeu o nome de AZT<sup>4</sup> (Zidovudina), tendo como finalidade o bloqueio da multiplicação do vírus no corpo humano. Contudo, tal medicamento causava inúmeros efeitos colaterais a seus usuários, tais como: confusão mental, vômitos, cefaleia, náuseas, diarreia, estomatite<sup>5</sup> (Brasil, 2024).

O desenvolvimento da terapia antirretroviral (TARV) marcou um avanço significativo no enfrentamento da doença, transformando a AIDS de uma condição fatal em uma enfermidade crônica, ampliando a expectativa de vida das pessoas soropositivas, que foi progressivamente melhorada ao longo das décadas posteriores (Rádio Francesa Internacional, 2023; Fernandes, Brunz, 2021).

Contudo, mesmo após o campo da medicina ter alcançado um avanço significativo ao identificar o agente causador do HIV e disponibilizar o AZT (Zidovudina) para os indivíduos soropositivos, houve uma transição demográfica no perfil das pessoas infectadas pelo HIV (Vieira, Alves, Sousa, 2014). O número de notificações de casos de HIV na população com 50 anos ou mais vem crescendo no decorrer das últimas décadas no Brasil e no mundo (Vieira, Alves, Sousa, 2014). De acordo com os dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS, coordenado pelo Ministério da Saúde, os casos de HIV por pessoas com 50 anos ou mais, notificados no Sinan somente no ano de 2023 no Brasil, são de 1.764 indivíduos do gênero masculino e 1.145 do gênero feminino (Brasil, 2023).

---

<sup>4</sup>Primeiro medicamento usado para o tratamento da AIDS inibindo o aumento do vírus. Este medicamento era usado anteriormente para o tratamento de câncer.

<sup>5</sup>Trata-se de uma inflamação da mucosa oral, que pode afetar a língua, lábios, gengiva, bochechas e garganta.

O estado do Espírito Santo também apresenta uma demanda crescente do público de 50 anos ou mais vivendo com HIV. O Estado tem setenta e oito municípios, e os últimos dados do Boletim Epidemiológico Estadual do ES mostram que os municípios com o maior número de casos de HIV contemplando todas as faixas etárias e sexo masculino e feminino entre o período de 2019-2023 são: Vila Velha, Serra, Cariacica, Linhares e Cachoeiro de Itapemirim (Espírito Santo, 2023).

O perfil epidemiológico do estado do Espírito Santo acompanha a tendência nacional, com um aumento gradual nos registros de HIV em pessoas com 50 anos ou mais. Os dados epidemiológicos apontam que essa problemática exige uma abordagem detalhada para identificar padrões epidemiológicos, fatores de risco e barreiras no acesso aos serviços de saúde, mesmo com as ações já existentes nas políticas públicas relacionadas ao HIV/AIDS (Espírito Santo, 2024; Silva, 2012).

### **1.2.2 Políticas Públicas relacionadas ao HIV/AIDS**

O governo brasileiro, no decorrer das últimas décadas, vem investindo em ações de prevenção e combate à propagação do vírus HIV e, consequentemente, no índice de mortalidade por complicações da Aids. Com isso, criou em 1988 o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, com a finalidade de realizar ações de combate à doença (Brasil, 1988).

Esse programa teve o apoio de organizações não governamentais, visto que o panorama da saúde do país estava sendo redimensionado com reformas sanitárias, pois a “saúde deixou o seu caráter assistencialista” e passou a ser “saúde, um direito de todos”, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano vigente (Brasil, 1988). Ainda no ano de 1988, a Lei nº 7.670/1988 foi promulgada, tendo por objetivo fornecer às pessoas que vivem com HIV/AIDS benefícios previdenciários, dentre eles o auxílio-doença ou aposentadoria, assim como a pensão por morte aos seus dependentes (Brasil, 1988).

Em 1989, houve a criação da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids (Brasil, 1989) por membros da sociedade civil e profissionais de saúde, tendo como diretrizes a compreensão de que:



- I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.
- II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
- VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
- VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
- VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
- IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.
- X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
- XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania (Brasil, 1989, p. 1).

Mesmo com a implementação de todas essas políticas públicas, a ótica da sociedade perante as pessoas que vivem com HIV era estigmatizante e preconceituosa. Essa marginalização resultou na exclusão desse perfil geracional no mercado de trabalho ao ter a sua condição de saúde revelada, seja em exames admissionais ou periódicos, como define a Portaria do Ministério do Trabalho e Previdência Nº 671, de 8 de novembro de 2021:

Art. 199. Caracteriza-se como prática discriminatória exigir aos trabalhadores, incluídos os migrantes, às pessoas que procuram emprego e aos candidatos a trabalho, testes para HIV ou quaisquer outras formas de diagnóstico de HIV.

§ 1º Não será permitida, direta ou indiretamente, nos exames médicos por ocasião da admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação de emprego, a testagem do trabalhador quanto ao HIV.

§ 2º O disposto no § 1º não obsta que campanhas ou programas de prevenção da saúde estimulem os trabalhadores a conhecerem seu estado sorológico quanto ao HIV por meio de orientações e exames voluntários, sem vínculo com a relação de trabalho e sempre resguardada a privacidade quanto ao conhecimento dos resultados (Brasil, 2021, p 38).

Em 1996, o Brasil se tornou o primeiro país do mundo a distribuir gratuitamente os medicamentos antirretrovirais (ARV's) através do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a Lei Nº 9.313/1996 (Brasil, 1996), as pessoas que vivem com HIV e doentes de AIDS passaram a ter acesso gratuito à medicação que possuía anteriormente um custo deveras elevado. Com isso, houve um aumento de sobrevida das pessoas que vivem com HIV (Brasil, 1996).

Sob uma ótica sociológica, as políticas públicas de saúde no Brasil, assim como os protocolos de combate à propagação do HIV, foram evoluindo com as recomendações da OMS e UNAIDS (2024), que foram renovadas pelo Ministério da Saúde ao priorizarem o acesso às terapias antirretrovirais. Nesse sentido, o governo brasileiro vem trabalhando concomitante com a UNAIDS e outros países em busca da erradicação da pandemia da AIDS até 2030 (UNAIDS, 2024).

A fim de atingir esse objetivo, o Brasil e demais países comprometidos com a erradicação do vírus HIV e da AIDS devem alcançar a meta 95%; 95%; 95%, ou seja, este percentual demonstra que, 95% das pessoas que vivem com HIV têm ciência da sua sorologia positiva; 95% das pessoas que vivem com HIV estão em uso de terapia antirretroviral e; 95% das pessoas que vivem com HIV estão com a carga viral indetectável, ou seja, não transmitem o vírus HIV (UNAIDS, 2024).

Segundo o Relatório Global sobre a AIDS (UNAIDS, 2024), o Brasil no ano de 2023 atingiu 91% de pessoas que vivem com HIV cientes de sua condição; 81% das pessoas que vivem com HIV estão em uso da terapia antirretroviral e 95% das pessoas que vivem com HIV, que fazem uso correto da terapia antirretroviral, apresentam carga viral indetectável.

Esses dados nos mostram que o país teve um avanço significativo quanto ao controle e combate à propagação do vírus HIV, porém, ainda tem um longo caminho a percorrer, visto que existem problemas de financiamento para pesquisas, acesso à informação para os grupos de indivíduos mais “fragilizados”, como crianças, mulheres gestantes e pessoas com 50 anos ou mais (Matias, 2019).

Uma das estratégias para alcançar a meta 95 95 95 foi a distribuição de medicamentos antirretrovirais profiláticos, como o PrEP (Profilaxia Pré-exposição) e a PEP (Profilaxia Pós-exposição), em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2018 (Matias, 2019).

A PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais após exposição de risco ao HIV, como em casos de violência sexual, acidentes ocupacionais ou relações sexuais desprotegidas (Matias, 2019). O uso da PrEP é direcionado a indivíduos soronegativos (não tem o vírus HIV, mas que se relacionam com pessoas que vivem com HIV), em contextos de relações sorodiscordantes ou em situações de maior vulnerabilidade (Brasil, 2022).

Apesar de eficaz no controle do HIV, muitas pessoas desconhecem que a PrEP não substitui o uso de preservativos, uma vez que não oferece proteção contra outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e requer adesão contínua do usuário (Silva et al, 2021).

Matias (2019, p. 39) argumenta que:

Há, em meu ponto de vista, um processo de ruptura ao status social dos sujeitos partir do momento em que tornam-se usuários, na garantia ao direito a vida sem o vírus, e a possibilidade de controle do perigo de morrer a partir da infecção. A PrEP é uma tecnologia de poder (Foucault, 2005) e instrumento, que garante o direito à vida sem o vírus. No Brasil, pertence ao Estado o direito sobre a dispensa e disponibilidade da PrEP, ou seja, ocorre uma institucionalização do biopoder (Foucault, 2005) e do direito a viver sem o vírus, como dispositivo de governança sobre os corpos (Acero, 2011).

Do ponto de vista relacional, o acesso à PrEP e à PEP reflete mudanças significativas nas dinâmicas afetivas e sexuais, reforçando a segurança e a confiança mútua nos relacionamentos, na medida em que geram desafios sociais e éticos, como o desequilíbrio nas expectativas de exclusividade, o aumento de comportamentos de risco relacionados a outras IST's e os efeitos adversos do uso prolongado dos medicamentos (Silva et al, 2021).

No entanto, a ausência ou ineficiência quanto disseminação de informações sobre essas medidas junto à população `com 50 anos ou mais evidencia disparidades no

acesso e compreensão dessas estratégias, contribuindo para a manutenção de riscos de infecção e perpetuação do vírus (Cordeiro, 2017).

Cordeiro (2017) argumenta que outro ponto em destaque no contexto das políticas públicas brasileiras, são as peças publicitárias de conscientização e de prevenção a propagação do HIV apresentadas pelo governo federal a partir de 1990, baseadas nos boletins epidemiológicos, enfatizando o público de maior evidência, sendo que a faixa etária abaixo dos 30 anos possui o maior número de soropositivos.

As campanhas são realizadas por agências de propaganda após serem aprovadas por um processo de licitação (Costa, 2017). Em consequência do conceito de que pessoas mais velhas não tinham e/ou não deveriam ter vida sexual ativa (Goldenberg, 2023), este perfil geracional vem sendo negligenciado. Entretanto, devido às notificações de contágio por HIV de pessoas com 50 anos ou mais, o governo federal, nos anos de 2008 e 2009, respectivamente, resolveu lançar as campanhas “Clube dos Enta”. “Sexo não tem idade” (Silva; Pereira, 2024). “Proteção também não” (figura 3) (Brasil, 2008) e “Bloco da Mulher Segura”. “Sexo não tem idade para acabar”. “Proteção também não” (figura 4) (Brasil, 2009).

**Figura 3:** Campanha de Carnaval de Prevenção contra o HIV/Aids 2008



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: [https://antigo.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2008/38269/clube\\_dos\\_enta\\_folder1\\_1.jpg](https://antigo.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2008/38269/clube_dos_enta_folder1_1.jpg). Acesso em agosto 2024.

No entanto, as propagandas preventivas não detalham os modos de transmissão do HIV, assim como ocorreu no ano de 2009, com as campanhas intituladas “Bloco da

Mulher Segura”, “Sexo não tem idade para acabar” e “Proteção também não”. (Brasil, 2009).

**Figura 4:** Campanha de Carnaval de Prevenção contra o HIV/Aids 2009



Fonte: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: [https://antigo.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2009/38268/bloco\\_mulher\\_madura\\_cartaz3.jpg](https://antigo.aids.gov.br/sites/default/files/campanhas/2009/38268/bloco_mulher_madura_cartaz3.jpg)  
Acesso agosto 2024.

Ambas as figuras acima demonstram que as peças publicitárias não relatam quanto às formas de contágio, sinais e sintomas do HIV (Brasil, 2009). Aqui é possível constatar que nas três peças publicitárias não há nenhum conteúdo explicativo quanto às formas de contágio, sinais e sintomas do HIV (Brasil, 2009).

Além disso, após a campanha de 2009, as peças publicitárias voltaram a focar o público mais jovem invisibilizando os indivíduos com 50 anos ou mais, aumentando a concepção de uma “velhice estereotipada como assexuada”. (Luccas et al, 2021) citado por Silva (2024, p. 61).

Isto não quer dizer que no decorrer dos anos, o índice diminuiu, pelo contrário, permanece presente, principalmente após a mudança do perfil de envelhecimento que ocorre em nosso país, de um envelhecimento saudável para ativo, em que as pessoas hoje em dia não só buscam por uma qualidade de vida, mas também buscam novos amores (Goldenberg, 2021; Machiesqui, 2010) citado por Silva (2024, p. 61).

A partir da campanha de 2009, observou-se uma mudança no foco das estratégias de comunicação para a prevenção do HIV, que passou a priorizar majoritariamente o público jovem, especificamente aqueles entre 18 e 29 anos. Esse redirecionamento resultou na sistemática invisibilização das pessoas com 50 anos ou mais, reforçando estereótipos que associam o envelhecimento à assexualidade. Ao negligenciar a

sexualidade na maturidade, contribui-se para a perpetuação de um imaginário social excludente e para o enfraquecimento das políticas de prevenção voltadas a essa faixa etária, aumentando, assim, sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (Luccas et al., 2021).

**Figura 5:** Campanha de Carnaval de Prevenção contra o HIV/Aids 2024



Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/fevereiro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-carnaval-com-foco-na-prevencao-as-infeccoes-sexualmente-transmissiveis>. Acesso em julho 2024.

Essa desconsideração da sexualidade na fase adulta contribui para a manutenção de um imaginário social excludente, ao mesmo tempo em que fragiliza as políticas de prevenção entre indivíduos dessa faixa etária, ampliando sua vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV (Luccas et al., 2021).

Esse discurso anacrônico impossibilita uma ótica social quanto à necessidade de fornecer informações, assistência e tratamento adequado à população com 50 anos ou mais em relação ao HIV, no que se refere tanto à prevenção quanto ao indivíduo soropositivo (Gugliotti, 2024; Brigeiro, 2021). Assim, as análises das campanhas, com exceção de 2008 e 2009, reforçam a invisibilidade das pessoas com 50 anos ou mais como público-alvo das ações de promoção à saúde.

Dessa forma, argumentamos que o estigma do envelhecimento, que concebe as pessoas mais velhas como sujeitos inaptos para a vida sexual, se reflete nas peças publicitárias analisadas. Campanhas publicitárias capazes de influenciar positiva ou

negativamente os conceitos e comportamentos das pessoas (Machado, 2005). Contudo, embora ausentes nas campanhas do Ministério da Saúde, observa-se que pessoas soropositivas com 50 anos ou mais continuam a experienciar sua sexualidade e a busca por relações erótico-afetivas, como mencionadas em suas histórias de vida, que analisaremos a seguir (Machiesqui, 2010).

As histórias de vida de sujeitos com 50 anos ou mais que vivem com HIV em tratamento apresentadas neste capítulo, evidenciam o enfrentamento aos desafios que envolvem viver com o vírus HIV, com suas implicações sociais, econômicas e políticas, porém permanecem em busca de novas experiências erótico-afetivas, assim como ainda visam realizar seus sonhos e anseios (Machiesqui, 2010). Tais questões revelam a necessidade de integrar abordagens educacionais, culturais e comunicativas às políticas de saúde, promovendo uma compreensão ampla e inclusiva quanto às especificidades das pessoas com 50 anos ou mais (Machiesqui, 2010).

## CAPÍTULO II: O ANTES E O DEPOIS DO HIV

Segundo Reis e Gir (2010), a experiência de viver com o HIV muitas vezes coloca o indivíduo em uma posição estigmatizada, reforçada por normas culturais e narrativas históricas que associam a doença a comportamentos moralmente condenáveis ou grupos marginalizados.

Essa estigmatização não apenas perpetua a exclusão social, como ainda contribui para um conjunto de sentimentos subjetivos, como culpa, reclamação, indignação, revolta e a percepção de terminalidade, que refletem tanto na internalização das normas sociais quanto nos impactos da desigualdade no acesso à informação e no cuidado em saúde (Goffman, 1980). A vivência de sofrimento que emerge nesse contexto é, portanto, uma preocupação social que vai além da dimensão individual, sendo moldada pelas relações de poder, preconceitos estruturais e desigualdades que atravessam o tempo (Gugliotti, 2024).

Assim, a pesquisa em questão analisa as narrativas encontradas nas histórias de vida de pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV e que estão em tratamento, visando compreender as formas com as quais enfrentam os desafios diariamente ao viverem com o vírus HIV, com suas implicações sociais, econômicas, políticas, emocionais, além das expectativas, anseios e sonhos (Machiesqui, 2010).

As narrativas têm sido largamente utilizadas, em diferentes áreas do conhecimento (como a Psicologia, a Sociologia, a Antropologia, e até na área da Saúde) para compreender as formas pelas quais as pessoas interpretam os eventos que vivem e a si mesmas. Elas são um meio essencial de dar sentido à experiência: ao narrar, reorganiza-se essa experiência, ordenando eventos de outra forma desconexos. As narrativas também constituem (como vimos acima) uma interface entre o si (o self), e a sociedade, tornando-se um recurso para a socialização de emoções, atitudes e identidades (Rodrigues, 2006, p. 18).

Primeiramente, serão expostas as histórias de vida desses interlocutores que se encontram na faixa etária de 50 anos ou mais e que vivem com o HIV, analisando como eles caracterizam as suas vidas antes e depois do diagnóstico. O contato com os sujeitos da pesquisa ocorreu através de ligação telefônica (celular), e, após a explicação sobre a participação deles, houve o consentimento dos interlocutores e,



por isso, foram acertados a data, o local e o horário em que cada entrevista seria realizada.

## 2.1 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE FELISBERTO

A primeira pessoa entrevistada chama-se Felisberto (nome fictício). Nasceu na cidade de Vitória – ES, tem 56 anos de idade, do sexo masculino, homossexual, com ensino médio completo. Se reconhece como pardo, residente atualmente no município de Serra, região metropolitana da Grande Vitória – ES. Atua como técnico em enfermagem e relata ser evangélico.

Diagnosticado com o vírus HIV há 22 anos, através de relação sexual, ou seja, desde 2003. Entretanto, em decorrência do uso contínuo da terapia antirretroviral, apresenta carga viral indetectável, ou seja, não transmite o vírus HIV. Vive uma união homoafetiva estável há 13 anos, que também é soropositivo e que faz uso de medicações antirretrovirais (Felisberto, abril, 2024).

A entrevista com Felisberto foi realizada em sua residência numa tarde ensolarada. Ele me recebeu com muita alegria e disponibilidade para responder as minhas perguntas, após ter lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A princípio me informou como é sua relação com seus familiares, relatando sobre a sua infância, adolescência até a fase adulta.

Filho mais velho de uma família de três irmãos, viveu por dez anos em um bairro popular no município de Vila Velha – ES com seus pais, um irmão e uma irmã. Ao falar sobre sua infância, adolescência e convívio familiar, ele diz que:

“Eu sou o primogênito de três irmãos. Meus pais sempre foram presentes na minha vida, nunca foram afastados da família não. Nasci na cidade de Vitória – ES. Não tínhamos uma condição financeira boa. Era uma família que tinha que trabalhar muito, não tinha tanta tecnologia como hoje, né?” (Felisberto, abril, 2024).

“Minha mãe era lavadora de roupa para fora e nós tínhamos que ajudar. Minha irmã ainda não era nascida. Ela nasceu seis anos depois, meu irmão já havia nascido. Um dos problemas maiores, era o alcoolismo da minha mãe. Era uma alcólatra compulsiva. O problema maior era esse. Bebia muito, às vezes, a gente apanhava muito dela, tanto eu quanto meu irmão” (Felisberto, abril, 2024).

“Meu pai, até então, trabalhava na área de vendas, comércio. Nós moramos dez anos em Vila Velha (ES), na Glória (bairro). Dez anos depois, viemos para cá, para Laranjeiras (município de Serra/ES). Foi em maio de 1978” (Felisberto, abril, 2024).

Através deste relato é possível constatar que Felisberto pertencia a uma família com poucos recursos financeiros e que tanto ele quanto os irmãos tiveram que trabalhar desde muito cedo com as tarefas da casa. Além disso, o entrevistado também destacou que conviveram por muitos anos com o alcoolismo da mãe e com abusos físicos (espancamentos) perpetrados por parte dela, durante os momentos em que se encontrava alcoolizada (Felisberto, abril, 2024).

Após dez anos morando no município de Vila Velha – ES, a família se mudou para o bairro de Laranjeiras, pertencente ao município de Serra – ES. Felisberto e seus irmãos foram criados nos princípios da igreja católica e estudaram em escola pública no município de Serra – ES. Foi justamente neste momento que sua homossexualidade se manifestou:

“Eu descobri minha sexualidade desde o início. Não tinha tanta diferença. Ah, quando é que eu descobri? Sempre soube qual é a minha sexualidade. Mas, quando eu entrei no ensino médio, eu sofri mais bullying, né. Mais nessa época” (Felisberto, abril, 2024).

Foi assim que ele cresceu, enfrentando o preconceito por conta de sua homossexualidade. Anos mais tarde, Felisberto se converteu a uma igreja evangélica, na qual permanece até hoje. Quando questionado sobre sua vida profissional, ele afirma:

“Minha vida profissional? Desde os 7 anos que eu trabalho, já tinha a minha vida profissional na família. Eu ajudava a fazer tudo, essas coisas. Não tinha essa coisa de ficar parado. Agora, a vida profissional com a carteira assinada, foi aos 18 anos de idade. Mas antes, eu era cuidador de idosos. Naquela época, não existia essa profissão. A carteira era assinada como empregado doméstico. Como técnico de enfermagem, isso foi em dezembro de 1997, no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM). Trabalhei na área de saúde, na parte de registros, de carteira, essa coisa assim” (Felisberto, abril, 2024).

No ano de 2003, Felisberto estava vivenciando um relacionamento homoafetivo e naquela época, em que se encontrava afastado da igreja, ocorreu um evento inesperado, que mudaria completamente o curso da sua vida: começou a apresentar

alguns sintomas do HIV. “Se eu não tivesse me afastado da Igreja, talvez não teria sido infectado pelo HIV” (Felisberto, abril 2024). De acordo com o interlocutor, a infecção se apresentou em sua vida como uma forma de castigo, uma desobediência aos preceitos da igreja da qual faz parte (Felisberto, abril, 2024).

Após esse desabafo, perguntei: Como você descobriu que estava com HIV? Qual foi a sua reação diante o diagnóstico de HIV?

“Eu descobri que estava com HIV após fazer exames em meu local de trabalho. Com 35 anos. Tive sintomas sim. Perdi 10% da massa corporal em primeiro lugar. E depois, foram dois dias com vômito e diarreia. Eu tive vontade de matar meu parceiro” (Felisberto, abril, 2024).

De acordo com o interlocutor, a negação é muito comum no primeiro momento, ao receber o diagnóstico. Contudo, Felisberto nos relata que teve apoio de seus colegas de trabalho tanto no momento pós-diagnóstico quanto no seu dia a dia, assim como para iniciar imediatamente o tratamento.

“Por eu trabalhar na DIP no próprio Hucam, meu local de trabalho, todos me deram o maior apoio, com efeito até hoje. O meu parceiro atual, a mesma coisa. Estou com ele há 13 anos. Ele também tem HIV. Ele também é um paciente. Então, eu não tenho do que reclamar quanto a isso” (Felisberto, abril, 2024).

Entretanto, até aquele momento, sua família desconhecia sobre seu diagnóstico, e ao ser questionado sobre como seus familiares reagiram após terem conhecimento de sua condição como portador do vírus HIV, o interlocutor respondeu: “No início, a família tomou um susto, mas souberam compreender tranquilamente” (Felisberto, abril, 2024).

Sabe-se que a medicação antirretroviral causa ou pode causar alguns efeitos colaterais e isso foi um divisor de águas, sendo, muitas vezes, um dos motivos pelos quais muitas pessoas justificam a não adesão ao tratamento. Nesse sentido, perguntei ao Sr. Felisberto: Como foi a sua aceitação ao tratamento? Qual foi a parte mais difícil do tratamento?

“É muito difícil. Meu problema maior foi a adesão à medicação e os efeitos colaterais, foram a pior parte. Naquela época, era 2003, não tinha tanto remédio assim, era muito difícil” (Felisberto, abril, 2024).

O interlocutor, que convive com o HIV, faz uso diário de apenas um medicamento: “No momento, estou tomando um comprimido somente, com composição química de duas medicações ao mesmo tempo. Mantenho a medicação em ordem e tudo mais”. (Felisberto, abril 2024). Nesse caso, Felisberto submete-se a exames regulares para controle da carga viral, verificando frequentemente sua permanência indetectável.

Durante os últimos 22 anos, sua terapia passou por diversas mudanças em decorrência do avanço das medicações para o controle do HIV. E, pelo fato de ser epilético, visto que isso pode causar reações adversas quanto às medicações para o controle do HIV, passou a realizar acompanhamento médico a cada seis meses. Observei, através desse relato, que apesar de ter enfrentado os efeitos colaterais das medicações durante a adesão ao tratamento, o Sr. Felisberto não desistiu de viver, procurando o apoio de profissionais. Em sua concepção, o curso de sua vida, após o diagnóstico de infecção por HIV, não o impediu de viver, porém ele teve que fazer algumas importantes adaptações:

“Eu aprendi que a gente tem que lutar pela vida da gente, ter autoestima. Lutar e mostrar para as pessoas também, que o HIV, se você souber tratar corretamente, souber aderir ao tratamento corretamente, é um dia normal na sua vida. Vai lutar normalmente no dia a dia, como se você estivesse com uma outra doença crônica, por exemplo, uma diabetes, uma hipertensão, coisa assim”. (Felisberto, abril, 2024).

Entretanto, nem tudo foi tranquilo, pois ainda enfrenta alguns desafios. Um deles, já mencionado, foi a adesão aos medicamentos de controle da carga viral do HIV, o outro foi relatar sua condição à família. Contudo, no seu entendimento, um outro desafio que a pessoa com HIV ainda enfrenta é o mercado de trabalho (Felisberto, abril, 2024).

“No momento, o HIV causa problema na área de trabalho. Para conseguir empregos. Para você chegar e falar que você é soropositivo, em uma firma qualquer, fica muito mais difícil, entendeu? Logo que você acaba dizendo isso, já não querem a pessoa que vai trabalhar ali. Porque eu digo mesmo: está com HIV, não quer dizer que você seja uma pessoa é... inválida, que você não possa trabalhar nunca mais. O que o governo devia fazer talvez, não é dar tanto benefício, como fez anos atrás. Está aposentando muita pessoa, dando certa quantia, dando bolsa disso, daquilo ou outro. E sim, colocá-los de novo, colocar todo mundo na vida social normalmente, trabalhando, fazendo tudo normal, como sempre foi. Eu vejo dessa forma” (Felisberto, abril, 2024).

Isso nos remete às leis brasileiras. A Portaria 1.246/2010 do Ministério do Trabalho e Emprego que define como discriminatório o fato de rejeitar qualquer indivíduo que se submete a uma vaga de emprego por ser portador do vírus HIV e que nenhuma

pessoa, independentemente de sua faixa etária, gênero e raça, pode ser submetida a testes para HIV durante a admissão (Brasil, 2010). O depoimento de Felisberto demonstra que a categoria do segredo é fortemente inserida no curso da vida de quem vive com HIV, por receio de represália, preconceito, rejeição pelos colegas de trabalho, por medo de perder o emprego e/ou de não conseguir garantir sua sobrevivência.

O fato de o interlocutor levantar a questão do mercado de trabalho e da discriminação salienta a categoria do estigma. Durante a entrevista, perguntei se ele já havia sofrido ou se ainda sofre algum tipo de preconceito, seja ele na família, no trabalho, entre amigos etc. A sua resposta foi: “Mas, quanto às pessoas? Quanto a sofrer preconceito? A sofrer bullying? Nada disso eu tive” (Felisberto, abril, 2024).

E assim seguiu-se a entrevista e em dado momento questionei sobre os seus planos para o futuro, se ele tinha algum sonho a ser realizado. Ele me respondeu que o seu maior desejo é:

“[...] Aposentar, minha querida. Não vejo a hora de me aposentar. Queria muito. Aos 56 anos. Se o governo não trocar nada com relação às leis, eu quero aposentar. Meus sonhos? Eu quero ficar tranquilo. Eu quero paz comigo, com minha família. Eu quero tranquilidade para mim” (Felisberto, abril, 2024).

Isso explicita a preocupação que o interlocutor possui em perder o emprego e ter o sonho de se aposentar para um futuro não muito próximo. Entretanto, ele continua tendo esperanças e sonhos. Seguindo com a entrevista, pergunto: Felisberto, como é viver com HIV na maturidade? E ele responde: “Olha, para mim, na maturidade, já tem vinte anos que estou contaminado com o HIV, aos 35 anos me contaminei, hoje eu tenho 56. Os dias atuais para mim estão como uma coisa comum. Uma doença comum, como uma outra qualquer” (Felisberto, abril, 2024).

Ao ser questionado sobre sua opinião em relação às políticas públicas de prevenção a propagação do HIV no Brasil, o interlocutor se manifesta da seguinte forma:

“Para mim, o HIV ainda sofre preconceito quanto a isso. Por quê? Porque eu acho assim... que não é de uma certa forma, ele trabalha com um lado mais, mais assim... com uma classe de pessoas, com nível social bem mais alto, né. Então, isso causa certo impacto, causa um certo preconceito vindo desse pessoal mais rico, essa coisa toda. Então, por isso mesmo, às vezes, eles mantêm o HIV, a AIDS em si, mantêm ela bem assim... tranquila. Não querem expor nada sobre isso, essas coisas todas, entendeu? Eles fazem dessa forma. Então, para mim, devia ser mais visto, de uma forma, de um tratamento

melhor, de uma forma, principalmente psicológico. Eles devem trabalhar bem melhor com as pessoas com relação a isso” (Felisberto, abril, 2024).

No seu entendimento, as políticas públicas não divulgam as informações de forma clara, devido ao fato de o HIV ser um vírus que atinge pessoas de vários níveis sociais e econômicos. “[...] as políticas públicas de saúde no Brasil não expõem as pessoas com poder econômico mais privilegiado” (Felisberto, abril, 2024). Além disso, o interlocutor fomenta a opinião de que as políticas públicas deveriam investir mais no aspecto psicológico das pessoas que vivem com o HIV, em decorrência do impacto psicossocial que o evento do diagnóstico acarreta o curso da vida desse indivíduo (Felisberto, abril, 2024).

Por estarmos conversando sobre políticas públicas, perguntei ao Sr. Felisberto sobre sua opinião em relação às campanhas publicitárias realizadas pelo governo sobre a prevenção contra a propagação do HIV para as pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais. O entrevistado me respondeu:

“Quanto às campanhas na maturidade, eu tenho visto que está muito mais difícil. Eles quase não trabalham com esta parte, pessoas acima de 50 anos, 55. Não tenho visto isso. Agora, quanto ao trabalho para o paciente hiv, é muito bem-feito, eu acho. Trabalham muito bem, falando sobre a adesão, falando sobre as pessoas que, né, já se contaminaram e precisam de aderir a isso. Mas eu vejo isso muito ligado aos mais jovens, entendeu? Muito isso aos mais jovens” (Felisberto, abril, 2024).

“E, também tem um ponto chave nisso, infelizmente, o hiv ainda vem como a doença da promiscuidade, entendeu? Se você fala em hiv, você pronto, você é prostituta, você é travesti, é homossexual, tudo isso. Vem sempre como a doença do pecado” (Felisberto, abril, 2024).

Depois dessa resposta, ele citou o exemplo de um programa da Rede Globo (rede de televisão brasileira) que falava sobre a sexualidade e os casos de infecção por HIV no Brasil, onde ficou explicitamente identificado que o público em questão era de pessoas com faixa etária abaixo dos 50 anos e casais homossexuais, como se o vírus atingisse apenas o público homossexual e não atingisse outras faixas etárias. Como ele mesmo diz:

“Não apareceu, ninguém de mais idade não apareceu, é... casais héteros, conversamos como só a vida deles e tudo mais. Só apareceram homossexuais. Então! Isso é um problema, entendeu? Eles não falam com relação às pessoas mais velhas, com pessoas que são casais

heterossexuais. Então, por isso, a doença tem ficado sempre com uma doença do pecado” (Felisberto, abril, 2024).

Em sua concepção, passaram quatro décadas desde o descobrimento da AIDS, sendo o vírus HIV responsável por sua disseminação, porém a doença e a forma de contágio, na perspectiva do interlocutor, ainda permanecem tratadas como doença do pecado, associada à promiscuidade (Felisberto, abril, 2024).

Atualmente, dentre os diversos desafios enfrentados pelo interlocutor, o mais importante encontra-se no cuidado com a sua mãe idosa, vítima de câncer de pâncreas, com metástase<sup>6</sup> no fígado e no pulmão. Embora tenha mencionado estar “passando por um momento muito difícil, muito delicado” (Felisberto, abril, 2024).

Para Felisberto o que o conforta é o apoio dos membros da Igreja da qual faz parte: “... os irmãos vêm e oram aqui por ela, os irmãos oram por nós lá na igreja” (Felisberto, abril, 2024), para enfrentar os desafios cotidianos e permanecer contínuo no controle do vírus HIV.

Dessa forma, Felisberto convive com o vírus HIV, tendo o apoio do seu companheiro (união estável há 13 anos) e de seus familiares. A entrevista foi dada por encerrada e, logo após, Felisberto me indicou o senhor Josivaldo como um próximo interlocutor que se mostrou disponível para participar da pesquisa.

## 2.2 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE JOSIVALDO

A entrevista com o segundo interlocutor aconteceu em uma noite de terça-feira no mês de maio de 2024, em sua residência, localizada na região do centro da cidade de Vitória - ES. O primeiro contato foi telefônico, após a indicação do primeiro interlocutor. Atualmente, Josivaldo tem 54 anos, sexo masculino, ensino médio completo. Se reconhece como branco e homossexual. Vive uma relação há oito anos com um parceiro bissexual. Este parceiro é casado com uma mulher, mantém uma relação heteronormativa (matrimônio), ao mesmo tempo em que possui um relacionamento

---

<sup>6</sup>Metástase é a disseminação de células cancerígenas para outros órgãos do corpo.

extraconjugal com Josivaldo, sem o conhecimento do cônjuge. (Informação verbal feita por Josivaldo, abril, 2024).

Declara não ter religião. É aposentado devido ao diagnóstico de infecção por HIV. Diagnosticado com infecção pelo vírus HIV aos 27 anos, mas não sabe com exatidão quando ocorreu o contágio e com quem. O entrevistado me recebeu em sua residência de livre e espontânea vontade, demonstrou-se disponível para responder minhas perguntas, seguindo uma certa ordem, até mesmo para conhecer mais profundamente as histórias de vida aqui relacionadas. A entrevista teve início quando perguntei sobre sua família, sua infância, adolescência até o momento do diagnóstico de infecção por HIV e como esse evento teve implicação ao curso da sua vida.

“Nasci em Belo Horizonte (MG) e vim para Vitória com 22 anos. Hoje estou com 54 e completo 55 anos agora em abril. Sou de uma família de 16 irmãos. Nossa infância em Belo Horizonte foi muito complicada, muito difícil, porque minha mãe com 16 filhos, né, não conseguia dar atenção pra todos, né. Cada ano, era um bebê no colo, era um menino né. Então, tipo assim..., a gente viveu todo mundo junto ali, naquela correria da minha mãe e do meu pai, né. E, a gente ali vivendo, um ajudando o outro. Quem era mais velho, ficava cuidando do outro” (Josivaldo, abril, 2024).

Observa-se que o entrevistado relata ter tido uma infância com poucos recursos financeiros e, por ser de uma família numerosa, seus pais não conseguiam dar a atenção devida a todos os dezesseis filhos, pois necessitavam trabalhar para o seu sustento e manutenção da casa.

“Minha mãe lavando roupa, cuidando de casa, fazendo comida. E, a gente cuidando um do outro. Por ser mais velho, a gente tinha as obrigações. Arrumar a casa, fazer as coisas né, para ajudar” (Josivaldo, abril, 2024).

Josivaldo me explica que seus pais não nasceram em Belo Horizonte, vieram do interior de Minas Gerais (Brumadinho): “E meu pai veio do interior, da roça pra capital e teve a gente ali. Meu pai era mecânico de elevador. Ele e minha mãe vieram de Brumadinho. Alguns dos meus irmãos nasceram em Brumadinho”. E assim, a família foi se construindo. No decorrer dos anos, Josivaldo se descobriu homossexual e explana que teve a rejeição imediata por parte de seu pai.



“A minha sexualidade foi antes de vir morar no ES. Foi complicado, porque meu pai me rejeitou, né. Porque, na verdade, ele não tinha contato. Naquela época, era muito difícil. Foi um cara que viveu a vida inteira trabalhando, não tinha tempo para sair e se divertir, então, foi muito complicado, a rejeição dele veio, porque ele não teve convivência, não tinha vivenciado isso próximo dele, não ouvia falar sobre isso. Quando descobriu que eu era gay ficou muito doido” (Josivaldo, abril, 2024).

Com o passar dos anos, Josivaldo iniciou o curso de Técnico em Laboratório, em Belo Horizonte, e nesse percurso vivenciou sua primeira relação homossexual.

“Quando decidi vir morar no ES, foi em 94. Eu vim porque, eu arrumei um relacionamento, né e ele estava de mudança para cá. E como o meu pai não me aceitava... e foi minha primeira paixão e, a gente acha que é Deus no céu e a pessoa na terra... Aí, eu vim para cá (ES) ficar com ele. Eu comecei o curso de técnico em laboratório, em Belo Horizonte e terminei aqui (Vitória). Já trabalhava lá em Belo Horizonte, porém, finalizei aqui. Eu entrei no Hucam na pesquisa” (Josivaldo, abril, 2024).

Desde então, o entrevistado reside na cidade de Vitória - ES e sua família permanece morando em Belo Horizonte (Minas Gerais). Após o término desse relacionamento, Josivaldo relata que teve outros (poucos) relacionamentos e continuou exercendo sua profissão de técnico de laboratório em um hospital público no município de Vitória - ES.

Pelo fato de trabalhar em laboratório e ter tido algumas relações homoafetivas sem o uso do preservativo, relata que despertou certa curiosidade. Diante disso, resolveu submeter-se a exames laboratoriais, incluindo o teste Elisa, que era o que existia na época. E foi naquele momento de sua vida que ele recebe o diagnóstico de infecção por HIV. Ao ser perguntado se apresentou algum sintoma, ele respondeu: “[...] Então, sintomas? Eu não tive sintomas... na verdade, foi uma curiosidade. Eu fui fazer os exames, né? E aí, quando eu fui buscar os exames, que eu fui fazer por curiosidade, vem a novidade, o teste positivo” (Josivaldo, abril, 2024).

O interlocutor também não se recorda com qual idade descobriu sobre o diagnóstico por HIV: “Então, na verdade não tem a idade exata. Quando eu fiz meu exame, estava com 27 anos, mas eu não tenho certeza, se foi com 27, se foi antes, entendeu?” (Josivaldo, abril, 2024). Assim como não se lembra com qual idade contraiu o vírus HIV, Josivaldo não soube informar de que forma aconteceu o contágio. Apenas relata que:

“Então... o contágio também não sei te informar, porque, naquela época a gente... não se falava sobre as IST's, a gente não falava sobre essas questões. A gente tinha consciência que a camisinha existia, mas a gente não usava e aí também, a gente não tinha aquela troca de parceiros, né? Apesar de que, eu tive poucos parceiros. Mas, eu fiquei com dúvida naquela pessoa que eu desconfiei. Eu fui em busca dela e não foi ela. Então, eu fiquei com dúvida, de algumas pessoas para trás. Eu não tive coragem de perguntar e nem buscar, nem buscar a informação”. (Josivaldo, abril, 2024).

O interlocutor afirma que após receber o diagnóstico de infecção por HIV entrou em estado de pânico, medo e desespero, períodos de angústia e depressão, justamente por não o aceitar. “Então fui usar droga (maconha), fui beber e eu achava que eu ia morrer” (Josivaldo, abril, 2024).

No meio desse desenrolar, Josivaldo teve o apoio de uma colega de profissão, insistindo que ele iniciasse o tratamento, levando-o ainda para dentro de uma igreja evangélica que, segundo ele, foi “um apoio e um carinho muito grande, e naquele momento foi o suficiente para mim” (Josivaldo, abril, 2024 ).

Contudo, isso não foi suficiente para que o entrevistado não tivesse recaídas emocionais, visto que essa situação mudou todas as suas expectativas de vida, pois, para ele, a sua sentença de morte estava decretada. “Aí, depois, eu ficava em casa sozinho, na depressão, naquela angústia, naquele medo, quando eu não usava droga, não é? Aí, eu ficava meio perdido” (Josivaldo, abril, 2024 ).

De acordo com o interlocutor, ele continuou com o uso abusivo de maconha e de bebida alcoólica, por não aceitar o seu diagnóstico, em um processo diário de autodestruição (segundo a fala de Josivaldo), se escondendo das pessoas em decorrência do sentimento de vergonha por ser profissional da saúde e estar infectado pelo HIV. Na sua mentalidade, no seu pensamento, essa situação era inadmissível. Nesse interim, foi hospitalizado devido ao quadro de diarreia, emagrecimento rápido e fraqueza decorrentes da ação do vírus HIV em seu organismo, da negação quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

“Durante a minha internação, eu fiquei em isolamento respiratório e de contato. Eu fiquei isolado, sozinho na enfermaria. Os profissionais de saúde usavam capote, máscara, luvas para cuidarem de mim. Igual foi para covid 19, que a gente via isso na televisão” (Josivaldo, abril, 2024).

A partir daquele momento, o interlocutor percebeu que sua vida poderia ter um novo rumo, caso ele aceitasse o tratamento para o HIV.

“Então, eu me escondi durante um período, né? E aí, quando eu não tinha como mais esconder, eu fui. Procurei o meu serviço, a minha chefe de trabalho. Foi quando eles me encaminharam para o hospital das clínicas, conversar com o doutor Orlando. Eu tive muita dificuldade, eu não aceitava o meu diagnóstico por ser técnico de laboratório, ser da saúde” (Josivaldo, abril, 2024).

A aceitação e a adesão ao tratamento para o controle da infecção por HIV, segundo relatou o entrevistado, foi bastante difícil em decorrência dos efeitos colaterais das medicações, que na época da descoberta do diagnóstico causavam várias reações desagradáveis.

“Aí, o doutor Orlando virou para mim e falou que não tinha solução porque ele tinha feito meus exames. Eu estava com CD4 lá embaixo, uma carga viral lá em cima. Então eu não tinha outro caminho a não ser tomar medicação, entendeu? Então, não tinha como resistir, não tinha como não começar a tomar medicação, que me fez muito mal, me prejudicou muito. Muitas reações. Muito... muito enjoo, muita diarreia, muita confusão mental. Então, tipo assim, foi para mim o pior momento da minha vida” (Josivaldo, abril, 2024).

Mesmo enfrentando desafios emocionais e físicos, Josivaldo seguiu com o tratamento, porém sem o conhecimento de seus familiares. Relata que demorou um certo tempo para que se sentisse preparado para abordar tal assunto.

“Então, a minha família vem saber bem depois, quando eu estava preparado para falar, porque, eu sou de Belo Horizonte e moro aqui no Espírito Santo, em Vitória. Então, depois, quando eu fui para Belo Horizonte, com um tempo já de diagnóstico, com mais confiança que eu, fui abrir o verbo” (Josivaldo, abril, 2024).

De acordo com seu relato, como muitos de seus familiares não tinham nenhum conhecimento sobre o HIV, houve um momento de pânico e desespero, visto que naquela época, tal assunto envolvendo a AIDS não era discutido dentro dos lares. Assim, segundo Josivaldo: “Foi um pânico para alguns, né? Foi um desespero, mas depois se normalizou” (Josivaldo, abril, 2024).

No decorrer da entrevista, perguntei-lhe se a sua concepção de vida e morte sofreu alguma alteração após o diagnóstico de infecção por HIV. A sua resposta foi:

“Sofri, né? Porque, quando eu tive o diagnóstico, achava, que eu iria morrer, achava, que eu já tinha recebido um atestado de óbito. Entendeu? Então, a

qualquer momento, eu poderia morrer. Então, foi uma loucura. Por isso, que eu passei a usar drogas, passei a beber com mais intensidade, porque eu achava que eu ia morrer. Eu achava, que eu tinha que curtir tudo naqueles momentos que eu tinha na vida” (Josivaldo, abril, 2024).

Além de ter passado pela mudança de perspectiva de vida após o diagnóstico, o entrevistado afirma que por muito tempo sofreu discriminação ser portador do vírus HIV.

“Sofri muito, muito, porque, foi uma época que eu me diagnostiquei. As pessoas ainda não tinham certeza, não tinha informação, não existia. A gente não sabia quem era positivo, a gente não tinha ninguém, então a gente se sentia sozinho. Então eu sofri muito” (Josivaldo, abril, 2024).

Entretanto, afirma com clareza que atualmente não tem sofrido com seu diagnóstico, reconhecendo ter aprendido a conviver com ele. “Hoje, eu não sofro mais. Hoje, eu me dou muito bem com o meu diagnóstico”. Aliás, durante a entrevista ficou evidente que o interlocutor se encontra consciente de sua condição e que tem o apoio de várias pessoas. Contudo, ao ser questionado sobre quem o apoia a viver com o HIV, ele responde:

“Ah! Meus sobrinhos, minha família. Hoje, sou supertranquilo e meus amigos, né? Porque, eu procuro levar informação para quebrar esse tabu, quebrar esse medo, para que eles tenham essa informação, para que eles possam conviver comigo e conviver com a sociedade e até mesmo se proteger” (Josivaldo, abril, 2024).

Essa afirmativa demonstra que apesar do impacto causado pela descoberta do diagnóstico por HIV, Josivaldo tem o apoio de sua família e vem enfrentando diversos desafios no decorrer do tempo. Hoje se encontra com 54 anos e expõe como é viver com o HIV na maturidade, mencionando os desafios que enfrenta ou já enfrentou.

“Então, hoje, para mim, na maturidade, com a idade que eu tenho? Para mim é tranquilo. Por quê? Hoje eu tenho as informações, eu conheço a política, conheço o tratamento, conheço a evolução do tratamento. Então, para mim é super de boa, é supertranquilo, não vejo o problema. Eu acho que isso, me trouxe benefício, porque, eu já sou mais tranquilo, sou mais claro com relação a me cuidar, me tratar, a me policiar, com relação ao que eu posso comer, ao que eu posso beber, com quem eu posso dormir. Se eu não posso, como que eu tenho que agir? Como diz aquele ditado, há males que vem para o bem. Foi o que aconteceu” (Josivaldo, abril, 2024).

Josivaldo constatou que aprendeu a conviver com o HIV, com o uso contínuo das medicações e, além disso, construiu novos horizontes depois que adquiriu

conhecimento sobre a AIDS, passando a buscar mais informações sobre o assunto. Nesse processo, o interlocutor reconhece que:

“Eu aprendi a me valorizar, a me conhecer, né? Hoje, eu sou conselheiro e defendo a política de saúde e defendo o SUS, porque o HIV me trouxe essa curiosidade e me trouxe essa vitalidade, essa força para eu fazer isso” (Josivaldo, abril, 2024).

Ao afirmar que atuava como conselheiro, perguntei a ele de qual conselho fazia parte, que me informou integrar o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, pelo qual mencionou ter muito orgulho e respeito. Com essa declaração tão entusiasmada sobre sua atuação como conselheiro, questionei sobre seus planos para o futuro e sobre seus sonhos.

“Os meus planos, para ser sincero, planos que eu tenho, é viver tranquilo, continuar vivendo bem. Estar com meus amigos, no meio das pessoas, continuar fazendo o que eu estou fazendo, o que eu faço com muito amor, que é estar dentro do controle social, né? E o meu maior sonho, é que o SUS venha concretizar, naquilo que está escrito, na realidade da vida dos seres humanos” (Josivaldo, abril, 2024).

Por ser conhecedor das políticas públicas de saúde e fazer parte de um conselho com este fim, perguntei-lhe sobre sua opinião em relação às políticas públicas quanto ao acesso à informação sobre o HIV, em relação às formas de transmissão, prevenção e tratamento atualmente destinadas ao público com 50 anos ou mais. Josivaldo me respondeu que:

” [...] a política está muito falha, a informação está muito falha. O HIV não pode ser tratado como uma mitologia. Ele tem que ser tratado como uma infecção, que tem tratamento e, que pode ser evitada. Eu acho que isso tem que estar bem claro para a população, e não está. Porque, quem realmente sabe da política e todo esse âmbito, são as pessoas que vivem com HIV, ou as pessoas que rodeiam ou os profissionais da saúde. Nem sempre, a própria pessoa da saúde tem a informação sobre a evolução do tratamento” (Josivaldo, abril, 2024).

Ao ser questionado sobre as campanhas de prevenção realizadas pelo poder público nos últimos anos através das políticas públicas de saúde, Josivaldo expôs seu ponto de vista, afirmando:

“Acompanhamento péssimo, horrível. Eu acho que, no mundo que a gente está vivendo, no século que a gente vive, eu acho que deviam ampliar mais a informação, porque, eles esqueceram e colocaram o HIV de lado, como se um fosse mais um problema da saúde pública. E, é um problema para a saúde

pública. A gente está vendo os dados aí, cada vez maiores, ao invés de diminuir, está cada vez maior” (Josivaldo, abril, 2024).

“Por falta da informação, por falta de condições de acesso à informação e não clareza do Estado, que é o papel dele, que ele não assume, que é dar informação e dar transparência da política de saúde, da forma que ela precisa, que eu acho que o Estado, ele tem medo de levar muita informação, né? E a mente das pessoas abrindo de forma contrária. Eu acho que não é assim que funciona. Eu acho que o não saber, ele aprisiona, né? O conhecer transforma e dá a vida às pessoas. E é o que está faltando no estado” (Josivaldo, abril, 2024).

O seu relato demonstra que as políticas públicas de saúde em relação à prevenção e controle de infecção por HIV, não somente para o público da faixa etária de 50 anos ou mais, mas para todas as faixas etárias têm um enorme caminho a percorrer e que a sociedade civil assim como o poder público devem buscar alternativas a fim de alcançar a propagação de informações, com mais clareza a toda a população brasileira. E assim encerrou-se a nossa entrevista, de forma amigável. Depois dessa data, ainda tive mais um encontro com Josivaldo, com o intuito de esclarecer alguns pontos pertinentes à pesquisa.

Como a metodologia da pesquisa ocorre através de bola de neve, o próximo interlocutor foi indicado por Josivaldo, tratando-se de uma interlocutora, com o nome fictício de Carmelita. A partir deste momento, conheceremos a história de vida de Carmelita antes e após o evento do diagnóstico de infecção por HIV.

### 2.3 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE DONA CARMELITA

Assim como aconteceu com os interlocutores já mencionados nesta pesquisa, meu primeiro contato com Dona Carmelita foi através de contato telefônico, quando me identifiquei, falei sobre o senhor Josivaldo, expliquei sobre a minha pesquisa e qual o seu objetivo, e se ela concordaria em fazer parte dela. Dona Carmelita foi muito solícita e prontamente concordou em ser entrevistada pela minha pessoa. Após o primeiro contato, foi acordado o dia e o horário para a realização da entrevista.

Dona Carmelita, 68 anos, sexo feminino, se reconhece como parda, residente do município de Serra - ES. Viúva, mãe de três filhos, pensionista e evangélica, possui a 4ª série do ensino fundamental. Diagnosticada com o vírus HIV aos 56 anos de idade.

Em tratamento para o controle da infecção por HIV há doze anos. Contraiu através de relação sexual. Descobriu o diagnóstico após seu marido ser internado em um hospital da rede pública, no município de Colatina - ES e constatado que ele estava infectado com o vírus HIV. Sendo assim, a equipe de profissionais da saúde que atendeu o seu esposo, a esclareceu sobre o diagnóstico do mesmo e a orientou a realizar o teste, tendo o resultado como positivo. Em tratamento desde então, com carga viral indetectável, ou seja, não transmite o vírus HIV (Carmelita, maio 2024).

A interlocutora me recebeu em sua residência localizada em um bairro popular no município de Serra – ES, em uma tarde. Ao me receber em sua casa, estava acompanhada de duas de suas irmãs, que me cumprimentaram e se desculparam por estarem saindo para resolver alguns assuntos. Dona Carmelita me convidou para entrar e fez questão de me mostrar sua casa, composta por sala, dois quartos, cozinha e área de serviço. Logo após, fui encaminhada para sua sala, a fim de que pudéssemos iniciar a entrevista.

Inicialmente, perguntei a entrevistada sobre sua família, memórias sobre sua infância e adolescência. Relata ser a filha mais velha dos dez irmãos. Nascida na cidade de Barra de São Francisco, interior do Espírito Santo. Sua infância foi trabalhando na roça junto com a mãe e as irmãs, pois o pai era muito doente e não conseguia trabalhar.

“A minha infância foi na roça, trabalhando roça. Na roça mesmo, plantando milho, plantando feijão, plantando arroz. Foi uma infância bem difícil. A minha mãe trabalhava na roça também junto com a gente, né? Meu pai tinha problema de saúde e não trabalhava. Na verdade, meu pai não trabalhava na roça, não aguentava, né? Quem na verdade trabalhava na roça era minha mãe, eu e minha irmã, que era a terceira filha. A segunda não gostava de trabalhar na roça, aí, logo, ela saiu de casa e foi trabalhar em casa de família, de doméstica. Nesse caso, quem trabalhou mais na roça fomos nós três. E depois vieram meus outros irmãos. Os outros não trabalharam tanto quanto eu e minha irmã” (Carmelita, maio 2024).

E pelo fato e necessidade de trabalhar na roça, Dona Carmelita frequentou a escola somente até a 4ª série do ensino fundamental, o que, segundo as novas diretrizes, equivale ao quinto ano. “Eu só tive até a 4ª série primária. Sim, porque trabalhava na roça e não tinha como estudar” (Carmelita, maio, 2024).

Afirma que trabalhou na roça por muitos anos, mas naquele período conheceu alguns rapazes, no entanto os namoros não foram duradouros, até que conheceu o rapaz que futuramente seria seu esposo, companheiro e pai dos seus filhos.

“Meu esposo não foi meu primeiro namorado. Ele foi o terceiro. Eu tinha um que morava lá perto de casa, já o conhecia desde a adolescência mesmo, desde criança e depois a gente acabou namorando, né? Eu conheci meu esposo, perto da cidadezinha onde nós morávamos né? Em Barra de São Francisco. A gente morava na roça e ele morava mais próximo da cidade do que a gente, né. Eu tinha 17, 18 anos” (Carmelita, maio, 2024).

Após um ano e pouco de namoro, resolveram se casar, quando ela estava com 19 anos. Após o casamento, relata que foi trabalhar como empregada doméstica. Com o passar do tempo, tiveram três filhos: duas meninas e um menino. A filha mais velha nasceu em Belo Horizonte (Minas Gerais), onde morou por um ano. Depois retornou para Barra de São Francisco, onde teve o segundo filho. Logo depois, vieram morar em Vitória (ES) e tiveram outra filha. Devido esse fato, começou a lavar roupa para fora, visto que o marido trabalhava como motorista de caminhão e ficava muitos dias fora de casa, e essa foi a única opção que encontrou para ter seu próprio dinheiro para cuidar da casa e dos filhos pequenos (Carmelita, maio, 2024).

Dona Carmelita fez um desabafo sobre sua vida conjugal:

“Minha infância não foi boa não, mas falo assim: “se eu for olhar a minha infância, com a vida que eu tive depois que eu me casei, a minha infância foi melhor, do que depois que eu me casei, né? Trabalhava muito, né, mas eu era feliz e não sabia. Porque, tinha o alcoolismo do meu marido, ele trabalhava e viajava muito. A maior parte do tempo, eu ficava sozinha em casa com meus filhos” (Carmelita, maio, 2024).

A questão do alcoolismo vivenciado pelo marido, a ausência da figura do marido e pai dentro de casa, foi um divisor de águas para que a interlocutora buscasse refúgio na religião e converter-se para uma Igreja Evangélica, e atualmente frequenta a Igreja Quadrangular. Nessa época, relata que já tinha muitos anos de casada e os três filhos (Carmelita, maio, 2024).

E o tempo foi passando, e seu esposo continuou viajando a serviço, até que um dia ela recebe uma ligação telefônica de um de seus cunhados, avisando que seu esposo havia se sentido mal em Barra de São Francisco e foi transferido para um hospital



público na cidade de Colatina, interior do Espírito Santo, onde estava internado, e ela precisava estar acompanhando-o (Carmelita, maio, 2024).

Ao chegar em Colatina e ser encaminhada ao hospital onde o esposo estava internado, seu cunhado e um profissional de saúde deram a notícia de que seu esposo estava com diagnóstico de infecção pelo vírus HIV. Logo após receber a notícia sobre o diagnóstico do marido, Dona Carmelita foi orientada pelos profissionais de saúde do hospital a realizar exames laboratoriais para averiguar se ela mesma se encontrava infectada pelo vírus ou não. Perguntei a ela, com qual idade estava quando descobriu o diagnóstico: “Com qual idade? Não lembro bem a idade, não, mas já tem 12 anos mais ou menos. Meu esposo adoeceu. Muito doente, muito debilitado, fez os exames e se constatou que ele estava com essa doença. Depois, eu fiz os exames também, aí constatou que eu estava infectada” (Carmelita, maio, 2024).

Ao descobrir o diagnóstico, a interlocutora falou que sofreu um susto, um impacto muito grande. “Foi muito difícil. Foi muito triste. No dia que eu descobri mesmo, eu fiquei sem chão, né?” “Quando eu tive o diagnóstico (de HIV positivo), eu já tinha mais de 30 anos de casada” (Carmelita, maio, 2024). Entretanto, ela não começou o tratamento imediatamente: “Eu descobri em Colatina, aí eles me deram o encaminhamento para o Hospital das Clínicas, né? Para o Hucam. Mandaram que eu procurasse a doutora Melissa e Doutora Luciana” (Carmelita, maio, 2024).

Contudo, a entrevistada não compareceu ao hospital para onde foi encaminhada e passou a cuidar do marido, acompanhando durante todo o período de convalescência.

“Aí, depois eu fui para Barra de São Francisco para cuidar dele, fiquei lá por um tempo com ele, quando meu cunhado, me explicou, o que tinha acontecido com ele. Eu vim embora, deixei ele para lá e vim embora, só que logo depois, eu voltei porque não tinha quem cuidasse dela. A mãe dele não sabia da doença dele. Eu que tinha que cuidar dele, né? Eu era esposa, né? A obrigação era minha, né?” (Carmelita, maio, 2024).

Dona Carmelita até o momento de receber o diagnóstico não tinha nenhum conhecimento sobre HIV, sobre AIDS, formas de transmissão, porém ficou bastante preocupada ao ver a evolução da doença em seu esposo, as complicações a que ele foi submetido, assim como sua resistência em aceitar o tratamento e a recusa em

ingerir os medicamentos antirretrovirais. Além disso, relata que nunca perguntou ao marido de que forma ele adquiriu a enfermidade, mas que ficou nítida a questão da traição, pois, segundo ela própria, ela nunca havia tido uma relação extraconjugal durante todos os anos de união matrimonial (Carmelita, maio, 2024).

E com isso, enfrentou várias batalhas com o esposo internado em várias instituições hospitalares até o seu falecimento.

“Cuidei até o final. Ficou internado em Colatina (ES), ficou internado no Dório Silva (Serra – ES), ficou internado lá no hospital das clínicas (Vitória – ES). Teve tuberculose, teve várias complicações, porque ele bebia muito. Ele teve cirrose, teve tudo de ruim. Porque, não se cuidava também. Ele ficou assim, bem debilitado. Eu colocava o remédio na boca dele e, ele jogava o remédio fora, cuspi o remédio para o HIV, não tomava. Ele fingia que engolia os remédios, só engolia água. Aí, quando eu virava as costas, ele jogava remédio fora. Várias vezes, eu achei o remédio dele em cima da cama. É o que eu pude fazer por ele. E eu fiz, né? Até ao final, mas, ele não estava ajudando nem a ele mesmo” (Carmelita, maio, 2024).

Ao ver o esposo naquela situação, Dona Carmelita ficou preocupada com a sua própria situação como portadora do vírus, porém ainda demonstrou medo e receio em iniciar o tratamento, em vista de receber informações errôneas sobre os medicamentos de controle do vírus HIV. Ela conta que teve muita resistência em aceitar o tratamento (Carmelita, maio, 2024).

“Depois que ele faleceu, eu falei, eu não quero. Né? Mas só que também eu não queria tomar os remédios com medo por causa dos medicamentos, né? Eu ficava com medo assim, todo mundo assim, as pessoas que eu conheci, que usava esses remédios, falava que os remédios causavam muito, muitos danos e efeitos. Isto aí eu fiquei com medo e não queria tomar os remédios não. Foi muita luta para a doutora Melissa e a doutora Luciana me convencerem de tomar a medicação” (Carmelita, maio, 2024).

Após ter recebido todas as orientações quanto ao tratamento, realizado exames e sendo avaliada pelas médicas responsáveis pelo Programa de DST/AIDS (título do programa na data do evento do diagnóstico de infecção por HIV), em um hospital universitário da cidade de Vitória – ES, Dona Carmelita ainda demonstrou resistência em iniciar o tratamento (Carmelita, maio, 2024).

“Então, como eu falei, eu não queria de jeito nenhum tomar esses remédios. Tanto que eu peguei, os remédios, vim para casa com eles, e fiquei com eles durante três meses dentro de casa. Quando eu voltei na doutora, eu devolvi, falei que eu não iria tomar. Aí, foi muita luta para mim. Fui bem rebelde no

início, mas depois eu comecei a tomar também. Tomo direitinho. Hoje, não tem nada contra” (Carmelita, maio, 2024).

Ao ser questionada se ela teve apoio de alguma pessoa próxima, a quem ela confidenciou sobre o seu diagnóstico, ela me respondeu: “Ninguém, porque eu não tive coragem de falar para ninguém. A não ser para uma das minhas irmãs, depois de um tempo” (Carmelita, maio, 2024). E afirma que até hoje, apenas duas de suas irmãs têm conhecimento de sua condição, os demais irmãos e familiares desconhecem o fato.

“Essas minhas duas irmãs, sabem. E elas me dão maior apoio. Elas me ajudam demais. Tanto que, quando eu comecei mesmo o tratamento, para valer, eu não queria fazer o tratamento de jeito nenhum. De início. Aí minha irmã me incentivou muito, né? E foi comigo no médico, né? Então eles me ajudaram muito nesse ponto. Me aconselhavam muito, que eu não tinha que esperar ficar doente, para começar o tratamento” (Carmelita, maio, 2024).

Dessa forma, observa-se que a categoria do segredo, do medo de rejeição no primeiro momento ao evento da descoberta do diagnóstico é um dos desafios, aos quais muitos indivíduos se submetem, pois não sabem qual será a reação dos familiares, amigos, colegas de trabalhos e grupos de convivência. Após iniciar o tratamento, a interlocutora afirma que não sofreu nenhuma reação aos medicamentos. “Então! Graças a Deus, eu nunca senti nada” (Carmelita, maio, 2024).

Contudo, Dona Carmelita relata que teve muito apoio de uma pastora de sua igreja, mas hoje ela atua em outro estado brasileiro e que nunca sofreu preconceito com as pessoas que têm conhecimento do seu diagnóstico. “Todos me tratam superbem, inclusive a pastora, porque eu contei para ela. Toda vez que ela me vê, me pergunta: E aí, minha bênção, como você está?”. “Aí, eu respondo: pastora, estou muito, melhor do que eu mereço” (Carmelita, maio, 2024). Atualmente, apenas dois membros da igreja sabem que ela vive com HIV.

Ao ser questionada sobre como é viver a maturidade dos seus 68 anos com o diagnóstico de HIV, Dona Carmelita é enfática: “Normal. Para mim, está sendo normal, porque eu não sinto nada desse problema. Então, para mim, eu não vejo problema nenhum” (Carmelita, maio 2024). No decorrer dos anos, Dona Carmelita sofreu um novo “golpe do destino”, quando sua filha mais nova cometeu autoextermínio, em consequência de um quadro de depressão, meses após ter sido submetida a uma

cirurgia bariátrica, desencadeado pela não aceitação da morte do pai e devido a seu estado físico após a cirurgia (Carmelita, maio, 2024).

Apesar de ter enfrentado diversas situações difíceis, mesmo vivendo com HIV, a entrevistada diz:

“Eu estou seguindo minha vida normal. Mas, sabendo que o bichinho está lá, guardadinho, mas está controlado, estou tomando os remédios direitinho, né? Graças a Deus. Eu tenho muito que agradecer a Deus também, né? Porque eu nunca fiquei doente por causa disso. Já tive gripe, claro, mas é coisa normal, né? (Carmelita, maio, 2024).

E mesmo assim fala que nunca sofreu nenhum tipo de preconceito, proveniente das pessoas que sabem de sua condição, e que tem muito apoio das suas irmãs para continuar com o tratamento. A sua concepção de vida e morte após o evento do diagnóstico nos remonta ao significado de resiliência (Carmelita, maio, 2024).

“Morrer? A gente tem que morrer mesmo, né? Que seja disso, que não seja. Eu sei que a gente vai ter que morrer um dia, mas, eu tinha muito medo. No início, eu tive muito medo de morrer igual ao meu marido. Na situação que ele estava, né? Mas agora, graças a Deus, não. Esse medo passou” (Carmelita, maio, 2024).

A resiliência que ela incorporou não foi somente por se adaptar a viver com o diagnóstico de infecção por HIV, mas também por ter que ser obrigada a deixar o seu emprego em Vitória (ES) para ir cuidar do marido doente, em outra cidade, até o dia em que ele faleceu. Ela vem sobrevivendo com sua pensão e a forma como encara a questão da morte após o diagnóstico demonstra sua vontade de viver (Carmelita, maio, 2024).

Durante a entrevista, questionei o que ela aprendeu com o hiv, qual a lição que ela aprendeu? Ela respondeu assim: “O que ele me ensinou? Que a gente deve lutar, né, para sobreviver, né? Que a vida da gente é uma coisa importante. É triste saber que tem esse vírus, mas ele nunca me atrapalhou em nada” (Carmelita, maio, 2024).

Hoje, aos 68 anos, Dona Carmelita afirma que convive muito bem com o vírus HIV, porque não sente nenhum sintoma, e que seu desafio atual é ter saúde, para cuidar da mãe, que tem mal de Alzheimer, e do seu irmão, que é acamado, pois são dependentes de tudo. Esse comentário é muito explícito em sua fala, reforçado ao ser questionada sobre quais seriam os seus planos de vida (Carmelita, maio, 2024).

“Meu plano de vida é ficar aqui cuidando da minha mãe até o fim. Enquanto eu aguentar, né? Não sei se eu vou primeiro, não sei se é ela. A gente não sabe o dia da gente. Mas, eu pretendo cuidar dela enquanto eu aguentar. Enquanto eu tiver fôlego de vida e ela também, a gente vai levando” (Carmelita, maio 2024).

E quanto aos seus sonhos? O que você ainda deseja e pretender realizar na sua vida?

A interlocutora respondeu com muita ênfase:

“Meu sonho é... é viajar, porque eu gosto muito de viajar. Eu amo viajar. Eu só não estou viajando. Eu tenho muita vontade de conhecer Portugal. É meu sonho, mas é meio difícil de realizar, né? Principalmente agora, enquanto eu estou cuidando da minha mãe. Mas, é um lugar que eu tenho muita vontade de conhecer. Antes de eu cuidar da minha mãe, eu viajava muito. Agora eu estou parada. Eu parei no tempo, só para minha mãe” (Carmelita, maio 2024).

E assim sigo esta entrevista e, em determinado momento, pergunto-lhe sua opinião em relação às políticas públicas brasileiras, no que concerne ao acesso à informação sobre HIV em relação às formas de Transmissão, prevenção e tratamento para pessoas da faixa etária de 50 anos ou mais?

“Assim... eu não tenho que reclamar não, porque, graças a Deus, para mim, nunca faltou medicamento, mas, eu vejo muita gente reclamando que falta. Quanto à campanha? Eu penso que eles correm mais atrás dos jovens, não das pessoas com mais idade. Eu acho que eles pensam: “está na hora de morrer mesmo, rsrsrs.... deixa para lá” (Carmelita, maio 2024).

Logo após, a interlocutora explica que conhece alguns direitos das pessoas que vivem com HIV, tais como: isenção de Imposto de Renda, isenção de IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana), que pode adquirir um carro com valor mais baixo, mas afirma que nunca teve interesse de correr atrás desses direitos (Carmelita, maio, 2024).

“Eu sei que a gente tem muitos direitos, né? Eu sei que tenho direito, só que eu não vou atrás porque eu acho que eu não tenho expediente para isso. Eu mesmo não corro atrás de direito nenhum” (Carmelita, maio, 2024).

A entrevista transcorreu de forma tranquila. Em nenhum momento, a interlocutora ficou constrangida. O único momento em que ficou emocionada foi quando mencionou sobre a morte prematura da filha caçula, mas levantou a cabeça, enxugou o rosto e sorriu. Finalizando a entrevista, perguntei se teve outros relacionamentos, e ela diz:

“Eu já tive um namorado que também era soropositivo, mas não deu certo. Ele era diferente de mim. Depois conheci outra pessoa, aí tive que falar que

tinha o vírus, né? Porque, começar um relacionamento na mentira, não dá. Mas também, não deu certo" (Carmelita, maio, 2024).

Em suas falas, Dona Carmelita deixa antever o manejo do segredo sobre sua condição como uma possibilidade de "manipulação do estigma" (Goffman, 1980). Assim, coloca-se em evidência a dimensão do "segredo", num jogo entre a exposição pública e o ocultamento do contágio na vida social.

Aos 68 anos, a interlocutora deixa em evidência que tem o desejo de ter um companheiro e uma relação erótico-afetiva, numa postura que contrapõe os estigmas relacionados tanto à velhice quanto aos portadores do vírus HIV. Isso nos remete à questão de que, embora as políticas públicas de saúde não contemplem pessoas que vivem com HIV da faixa etária de 50 anos ou mais no combate e luta contra o HIV/AIDS através de suas peças publicitárias, tais indivíduos continuam vivendo, enfrentando os obstáculos e buscando realizar seus planos e sonhos (Silva, Pereira, 2024).

Após o término da entrevista, Dona Carmelita relata que Dona Joaquina, uma pessoa com mais de 50 anos e que vive com o HIV, havia concordado em participar dessa pesquisa. Sendo assim, ela me passou o contato telefônico para que eu pudesse dialogar com a próxima interlocutora e agendar a próxima entrevista.

## 2.4 O ANTES E O DEPOIS DO HIV PELA PERSPECTIVA DE DONA JOAQUINA

A entrevista com dona Joaquina, uma mulher de 66 anos, divorciada, possui 4ª série do ensino fundamental, que se reconhece como preta, evangélica, membro da Igreja dos Santos dos Últimos Dias (Mormos), residente do município de Serra – ES, foi realizada em sua casa em uma manhã, após contato telefônico, onde eu me identifiquei e falei sobre o que era a pesquisa, assim como perguntei se ela concordava em participar. Ao confirmar sua participação, combinamos a data e o horário.

A casa fica em um bairro popular no município de Serra - ES, composta por dois quartos, sala, uma cozinha pequena. Ela mora com o filho mais novo. O filho mais velho mora fora do Brasil. A filha reside na rua atrás do endereço de Dona Joaquina.

Aposentada, trabalhou muitos anos como faxineira. Mãe de três filhos: dois homens e uma mulher. Diagnosticada com o HIV há 26 anos, porém só aceitou o tratamento cinco após o diagnóstico. Além do diagnóstico de infecção por HIV, ainda foi diagnosticada com câncer de cólon, o que lhe rendeu a aposentadoria por invalidez (Joaquina, maio, 2024).

Ao chegar em sua residência por volta das 8h 30min da manhã, fui recebida por ela e pelo seu filho mais novo, que até aquele dia se encontrava desempregado. A interlocutora, inicialmente, me pediu desculpas pelo estado geral de sua casa, pois ela não tinha dormido bem a noite anterior, em decorrência das complicações do câncer de cólon e não conseguiu arrumar a casa como gostaria para me receber.

Nesse intervalo, seu filho resolve abrir uma garrafa de cachaça, deixando a interlocutora muito desconfortável com a situação e, novamente, ela me pediu desculpas pela atitude do filho. Ela pediu que ele fizesse uso da bebida alcóolica no lado de fora da casa, a fim de que ela pudesse ficar à vontade para ser entrevistada.

No primeiro momento, fiz questão de saber sobre sua família, assim como foi feito com os interlocutores já mencionados. Dona Joaquina me relatou que nasceu na cidade de Resplendor (Minas Gerais) e não demonstrou vontade em falar sobre os pais. Apenas disse: “É, não tenho mãe, não tenho um pai, meus tios morreram todos. E eu tenho, sim, uma tia por parte de mãe. Parente de pai não conheço nenhum” (Joaquina, maio, 2024).

Ao perceber seu desconforto em falar sobre seus familiares, resolvi não perpetuar essa questão e perguntei sobre o que ela fazia, como era a sua vida antes do evento do diagnóstico de infecção por HIV. Dona Joaquina informou que durante muitos anos trabalhou como faxineira, e que foi etilista e tabagista. Naquela época tinha um companheiro. Disse que descobriu que era portadora do vírus no ano de 1998, aos 41 anos de idade.

Ao ser questionada como aconteceu o contágio, respondeu: “É. Como aconteceu? Foi sexo normal. Esse companheiro já até morreu”. Logo em seguida, perguntei de que forma ela descobriu que estava com HIV?

“Começou sair muitos caroços, né? Os caroços saíam e iam pocando e, ficando maiores. Eu tenho marca até hoje. Saiu no pé, nas pernas. Aí, eu achei esquisito, porque era feio. Eu não me lembro muito bem, mas, eu fui ao hospital das clínicas, foi lá que foi diagnosticado. Eu fui fazer exames lá. Eu fiquei mal, não fiquei mal para poder ficar internada, mas fiquei. Eu deixei esse exame para lá quando eu fui buscar” (Joaquina, maio, 2024).

De acordo com a descrição da interlocutora torna-se evidente que ela apresentou alguns sintomas pertinentes a um portador de infecção por HIV e que não teve uma aceitação quanto ao diagnóstico dado pelo médico e, por isso, não foi buscar os exames, deixando-os no hospital por muitos anos. No seu entendimento, a sua vida continuaria a mesma coisa (Joaquina, maio, 2024).

“Para mim, não tinha acontecido nada, normal. Não usava camisinha. Eu nunca gostei de camisinha. Aí, que não usava mesmo. Também, não sabia nada sobre HIV. Eu achei que eu ia morrer, então, queria aproveitar, iria morrer mesmo. Não estava nem aí com os outros, também, eu não me preocupava. Se eu não me preocupava comigo, eu não me preocupava com o próximo, né? E a vida continuava” (Joaquina, maio, 2024).

Somente após cinco anos que recebeu o diagnóstico, ou seja, no ano de 2003, que iniciou o tratamento. No seu conceito:

“Para mim, o médico estava doido. Parece que estava doido. Eu bebia e fumava, né? E continuei fazendo as mesmas coisas. Aí, em 2003, eu fui levar a sério, que fui começar o tratamento. Eu fui à doutora, que passou o remédio para mim e que eu comecei a tomar os medicamentos” (Joaquina, maio, 2024).

Ao iniciar o tratamento, relatou que seu organismo teve boa aceitação com a medicação. Começou tomando dois comprimidos e que no decorrer dos anos, de acordo com a evolução dos medicamentos, a terapia antirretroviral foi modificando e que nunca teve nenhuma reação adversa com os medicamentos (Joaquina, maio, 2024).

Desde que iniciou o tratamento, sempre teve o apoio dos filhos, mas também tem o apoio de alguns irmãos de fé. Segundo ela, os filhos aceitaram a sua condição com normalidade. “Aqui em casa não tem esse negócio de trocar nada. A gente dorme tudo junto, come tudo junto. Na minha família é normal” (Joaquina, maio, 2024).



Na visão de Dona Joaquina, a parte mais difícil e delicada do tratamento é como manter em segredo a sua condição, pois, como tem problemas com alcoolismo, o filho mais novo costumava falar pelo bairro sobre a vida dela. Ou seja, ela acredita que muitas pessoas que residem no bairro sabem que ela é portadora do vírus HIV.

“Deve ser bobeira minha, não sei por que, eu às vezes, eu acho que a metade do bairro todo sabe. Que meu filho, como eu te falei, que é boca de sacola. Ele bebe, aí ele sai falando, então, mas a maioria das pessoas já sabem, não é?” (Joaquina, maio, 2024).

Mesmo acreditando que as pessoas têm conhecimento do seu diagnóstico, Dona Joaquina afirma que não se expõe, com receio de sofrer rejeição das pessoas, principalmente na igreja. A necessidade em manter-se em segredo é tão profunda que quando participa de alguns encontros da Igreja fora do templo e que sabe que ficará ausente de sua casa por algumas horas, a interlocutora leva seus medicamentos em frascos separados e não identificados. “Aí eu levo separado. Não levo o frasco com o nome dos remédios, porque, às vezes, alguma pessoa pode perguntar...” (Joaquina, maio, 2024). Essa medida é para que nenhum membro da igreja possa descobrir sobre sua condição.

Segundo ela, os únicos membros da igreja que sabem é um ex-bispo da igreja e o ex-marido dela. Ao ser questionada sobre sua visão da vida e da morte após o evento do diagnóstico de infecção por HIV, ela diz:

“Sobre achar que eu iria morrer? É, porque eu não tinha conhecimento, né? Eu achava que eu era a única, sendo que o Brasil está cheio, mas, a gente não pensa nisso. Hoje, sei que se a gente fizer o tratamento correto, teremos vida normal. Somente em 2003, que eu fui descobrir isso, descobri várias coisas, né? Se tomarmos a medicação certa, você vive muitos anos. Eu mesmo sou a prova disso, né?” (Joaquina, maio, 2024).

Em determinado momento questionei Dona Joaquina, como que é viver com HIV na maturidade, no dia a dia?

“Agora tenho mais responsabilidade. Responsabilidade sobre meu corpo, na minha cabeça, né? Não posso passar para ninguém, né? Ter relação sem camisinha, não dá e com camisinha é horrível. Então não vou ter relação” (Joaquina, maio, 2024).

Diante da resposta, conclui-se que a interlocutora sempre foi relutante quanto ao uso de preservativo (camisinha), mesmo após o diagnóstico de infecção por HIV, e somente com o passar dos anos teve consciência da importância do uso da medida protetiva, a fim de não propagar o vírus. Mas, a entrevistada afirmou que enfrenta muitos desafios no seu cotidiano desde o diagnóstico.

“Um desafio que eu encontro? Eu acho, que é de arrumar um companheiro que não tenha HIV. Porque, você vai arrumar um companheiro que não tem HIV, você tem que contar para ele. Você tem que jogar a limpo, né? Relação já tem que começar assim. Não é para toda pessoa que você vai contar sobre o HIV. Às vezes, você fica muito exposta, você conta para pessoa, lança para todo mundo e acaba com você. No nosso grupo de apoio, na nossa reunião, têm muitos relatos de pessoas, mulheres e homens que contaram, e não se deram bem. Então eu prefiro ficar só. Desde quando eu me divorciei, que eu não arrumei outro companheiro” (Joaquina, maio, 2024).

Dona Joaquina deixou muito claro que o fato de não ter nenhum companheiro é por escolha própria. “Não é porque não apareceu, apareceu. Dois que não são soropositivos, aí complica. E... um último agora, ele é soro (soropositivo). Eu falei para ele que eu não estou aberta para relacionamento, então vou levando a vida” (Joaquina, maio, 2024).

Além disso, a entrevistada enfrenta um câncer concomitante com diabetes, hipertensão e insuficiência renal aguda, o que prejudica sua qualidade de vida e afeta o seu tratamento contra a infecção por HIV. O fato de estar viva e poder levantar todos os dias também é um desafio que enfrenta, pela medicação que faz uso contra o câncer. Ela se expressa na frase: “Tem dia que eu estou uma maravilha. Tem dia que eu levanto tão cedo, tão cedo. Hoje mesmo que eu tinha que me levantar cedo para poder ajeitar tudo e te esperar, não consegui” (Joaquina, maio, 2024).

Em certo momento da entrevista, perguntei à interlocutora o que ela aprendeu ao viver com o HIV? A resposta dela é a seguinte: “Aprendi a ter mais responsabilidades, principalmente comigo, com meu corpo, me cuidar. Em relação a consultas, exames, antes não ligava, não estava nem aí” (Joaquina, maio, 2024).

E quais são os planos de vida Dona Joaquina? Quais os seus sonhos? E na sua simplicidade, ela me responde: “Ah, o plano que eu tenho é de um dia, como diz o

outro, a não ser só na outra vida” (Joaquina, maio, 2024). Quantos aos seus sonhos, ela diz:

“Meu sonho ficou guardado na caixinha”. Mas... Um dia chegar à cura para AIDS, para o câncer. Porque só quem passou, só quem passa pelo tratamento do câncer, é que sabe que não é fácil e, cada tipo de câncer é diferente, mas todos são agressivos (Joaquina, maio, 2024).

Na sua opinião existe acesso à informação sobre HIV, em relação às formas de transmissão, prevenção e tratamento para a pessoa com 50 anos ou mais? Qual a sua opinião sobre as campanhas de prevenção? “É, você me fez uma pergunta que eu não entendo muito bem esse negócio de política. Eu não vejo propaganda não. Essa pergunta não sei nem como te responder direito” (Joaquina, maio, 2024).

Naquele momento, eu refiz a pergunta, para que ela obtivesse um entendimento quanto a questão: Você acha que as campanhas de combate ao HIV e a AIDS, elas são para qual público? Mais para o público jovem ou aparece também para as pessoas mais velhas? A entrevistada compreendeu a questão dessa forma e respondeu:

“Eu acho que não”. Está faltando muito nossa! Até nesse último encontro que tivemos foi comentado sobre isso. Está faltando mais divulgação sobre o público e sobre o assunto. Porque, tem muitas pessoas que não sabem como é que é e não sabe nem que tem. E está faltando mais campanha, né, para isso. Nesse posto daqui onde moro, eu não vejo. E na televisão? Eles... abafam, né? E não podia ser assim. Está faltando muita coisa. Muita coisa a desejar” (Joaquina, maio, 2024).

Constata-se que a interlocutora apresenta uma opinião semelhante aos demais no que diz respeito às campanhas publicitárias realizadas pelo governo federal, através das políticas públicas, que ainda provocam invisibilidade do público da faixa etária de 50 anos ou mais em suas peças publicitárias, desse modo, estimulando a desinformação e contribuindo com a propagação do vírus HIV.

Entretanto, ao afirmar que prefere estar sozinha, a entrevistada diverge da opinião dos interlocutores anteriores que disseram ter um companheiro e/ou que ainda pensam em ter uma relação erótico-afetiva visando à busca pelo afeto, companheirismo, apoio para continuar vivendo com o HIV de maneira plena.

No decorrer dos meses, após a realização desta entrevista, o quadro clínico de saúde de Dona Joaquina se agravou. Dona Joaquina foi submetida a uma cirurgia de

nefrectomia (retirada parcial ou total de um rim) no mês de setembro de 2024. No caso dela, retiraram um dos rins, e ficou hospitalizada por muitos dias e recebeu alta hospitalar, porém, no mês de dezembro, sua situação de saúde piorou devido ao câncer concomitante com as outras patologias e novamente foi hospitalizada (Informação passada pelo filho mais novo, dezembro 2024). Dona Joaquina veio a falecer no dia 10 de janeiro de 2025, por complicações em decorrência do câncer de cólon, da insuficiência renal e da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

### CAPÍTULO III: APESAR DE TUDO, AINDA EXISTO

A analítica foucaultiana é uma abordagem desenvolvida por Michel Foucault, com o intuito de compreender as formas pelas quais o poder se exerce na sociedade. Foucault propõe pensar o poder como algo que atravessa instituições, saberes, práticas e corpos (Rosa, 2014).

Uma das contribuições mais importantes de Foucault foi apresentada na segunda metade da década de 1970, com o conceito de biopolítica, que consiste em um desdobramento de seus estudos sobre a genealogia do poder, evidenciando as transformações ocorridas ao longo da história do Ocidente, quanto às formas de governar a vida dos indivíduos na sociedade contemporânea (Rosa, 2014).

Foucault (2014) propõe que, a partir do século XVIII, a biopolítica passe a se configurar como um processo de normatização da vida, onde o poder soberano materializado no Estado passa a exercer controle de forma cada vez mais minuciosa sobre a natalidade, a mortalidade, as doenças e os modos de existência, por meio da instauração de critérios que definem o que é considerado saudável, produtivo e normal dentro de uma lógica de governamentalidade, caracterizada pelo direito de "fazer morrer ou deixar viver".

O conceito de governamentalidade foi desenvolvido por Michel Foucault através de seu curso ministrado no *College de France* no dia 01 de fevereiro de 1978. Todavia, é necessário mencionar que a partir da elaboração desse conceito torna-se possível constatar uma nova maneira de pensar o governo, para além de sua relação com o Estado, mas como forma de conduzir a conduta de diferentes segmentos populacionais em um determinado território. Foucault (2011) apresenta sua concepção de governamentalidade em sua obra intitulada *Microfísica do Poder*, explorando não apenas a sua evolução histórica, mas também evidenciando suas características.

Segundo o autor, governamentalidade consiste em ser:

“O conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bastante específica, embora complexa, de poder, que tem por alvo principal a

população, por forma principal de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (Foucault, 2011, p. 171).

A governamentalidade age não somente sobre o governo político do Estado, mas atinge outras esferas como a família, a escola e o próprio indivíduo e dialoga com outros conceitos como biopolítica e biopoder, em que os corpos eram comandados e supervisionados pelo Estado e instituições (Foucault, 2008; 2011). Segundo o autor, a governamentalidade tem suas raízes no poder pastoral cristão que nasce entre os séculos IV e V d. C., representando certo tipo de poder que se utilizava da fé para conduzir as vidas de seus discípulos, centrado na figura do pastor que guia e salva o rebanho (os fiéis). A sua importância se deve pelo fato de ter introduzido técnicas de governo individualizadas, como a confissão e a direção espiritual, que visavam moldar a conduta das pessoas em nome da salvação. No entanto, Foucault (2008) também destacou que entre os séculos XVI-XVII, o Estado passou a conduzir a vida dos indivíduos, seus territórios e riquezas.

Foucault (2011) ainda nos mostrou que a partir do século XVIII a governamentalidade foi se apresentando de forma cada vez mais liberal, tendo em vista que o Estado passou a se preocupar com os processos biológicos e sociais, determinando o tipo de comportamento aceitável, através de um poder disciplinar que visava socializar os corpos, objetivando torná-los produtivos por meio de uma anátomo-política do corpo (Foucault, 1987). Nesse caso, a governamentalidade teria passado por diversas modificações, no decorrer dos séculos, até alçar a sua versão caracterizada pelo biopoder e sua biopolítica da população (Foucault, 1999).

A biopolítica, enquanto certo tipo de governamentalidade, sofreu alterações ao se articular com a ascensão do Estado moderno e do capitalismo, a partir do século XIX. O biopoder se materializa em políticas públicas de saúde, instituições médicas e escolares, além de práticas disciplinares que moldam comportamentos individuais. Inverte a forma de governar, ou seja, “fazer viver e deixar morrer”. Ou seja, a vida da população torna-se objeto direto de gestão (Rosa, 2014; Foucault, 2011).

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e

finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização (Foucault, 2000, p. 302).

O conceito de biopolítica dentro da analítica foucaultiana compreende um modo de governamentalidade, onde a conduta dos indivíduos é orientada tanto por instituições quanto por si mesmas (Rosa, 2014). Inspirado por essa tradição foucaultiana, o antropólogo francês Didier Fassin (2023) propõe o conceito de biolegitimidade, para descrever uma inflexão contemporânea nas formas de governo da vida (Rosa, 2014).

Para Fassin (2023), o que está em jogo nas políticas, nas práticas humanitárias, jurídicas e médicas não é apenas a administração biopolítica da vida, mas também a legitimação moral de determinadas vidas em detrimento de outras. A biolegitimidade, não se refere apenas ao poder de fazer viver, mas à atribuição de valor moral à vida biológica, hierarquizando-a segundo critérios políticos, afetivos ou humanitários, em contrapartida dos regimes de verdade, que normatizam condutas, estigmatizando, patologizando indivíduos (Foucault, 2014).

Ao articular biopolítica e biolegitimidade, abre-se um campo fértil para pensar como a vida é não apenas governada, mas também valorizada e justificada nos contextos contemporâneos, conforme ocorre com a epidemia do HIV/AIDS. Enquanto Foucault (1999) descrevia como o poder moderno se apoiava no saber médico, para governar populações, Fassin (2023) analisava as políticas de saúde pública, assim como as decisões sobre quem merece proteção, cuidado e acolhimento. Estas, passam a serem embasadas em critérios técnicos ou legais, mas também por um julgamento moral sobre o valor das vidas envolvidas. Nesse sentido, a biolegitimidade se apresenta como uma dimensão complementar, mas crítica, da biopolítica: o que está em jogo, não é apenas o controle da vida, mas a disputa pelo seu reconhecimento e validação (Fassin, 2023).

A sexualidade, nesse contexto, aparece como um vetor central: ao mesmo tempo em que é objeto de controle e intervenção, ela também é atravessada por julgamentos morais, que historicamente associaram o HIV a determinadas populações "de risco", como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, desencadeando uma nova versão do racismo de Estado (Foucault,

2005), sendo que na era contemporânea se apresenta sobre os indivíduos que vivem com HIV.

É notório que o racismo de Estado atual não atinge as populações afetadas pela infecção por HIV de forma unânime, visto que pessoas da comunidade LGBTQIAPN+, assim como pessoas negras e pessoas com 50 anos ou mais, muitas vezes são invisibilizadas pelas políticas públicas de saúde (UNAIDS, 2017; Foucault, 1996).

Isso nos remete a certa reflexão conduzida pela ideia de que o público-alvo, no que concerne à infecção por HIV, ainda perpetua sob os homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, levando-nos a crer na existência de uma biopolítica sobre esses indivíduos, enquanto que pessoas heterossexuais, assim como, pessoas com faixa etária de 50 anos ou mais, permanecem invisibilizadas pelo poder público, por acharem que tais pessoas têm uma probabilidade menor de se infectarem pelo vírus HIV e/ou por serem menosprezadas quanto à necessidade de atenção, cuidado, tratamento e acompanhamento (Goffman, 1980; Fassin, 2010).

No campo da saúde pública, o HIV/AIDS representa um terreno privilegiado para observar a operacionalização da biopolítica e a emergência da biolegitimidade. Desde o surgimento da epidemia nos anos 1980, as respostas governamentais, tanto nacionais quanto internacionais, mobilizaram estratégias de vigilância epidemiológica, campanhas educativas, regulação comportamental e produção de saberes biomédicos (Fassin, 2023).

Fassin (2023) analisa como determinadas vidas passam a ser percebidas como mais vulneráveis e, portanto, mais dignas de proteção, revelando as camadas morais que sustentam a racionalidade biopolítica contemporânea. O combate ao HIV, por exemplo, não é apenas uma questão de saúde pública, mas também de biolegitimação de certos corpos e sexualidades.

A distribuição de medicamentos antirretrovirais, a promoção do sexo seguro (com a oferta gratuita de preservativos) e a ampliação do acesso ao diagnóstico são ações que, embora primordiais, muitas vezes operam segundo lógicas seletivas: enquanto alguns segmentos populacionais são alvo de campanhas massivas e políticas de



cuidado, outros permanecem invisibilizados, estigmatizados ou culpabilizados por sua exposição ao vírus, como ocorre com pessoas com 50 anos ou mais, que ainda enfrentam desafios relacionados ao etarismo (Fassin, 2023; Matias, 2019).

Nesse sentido, a biolegitimidade nos permite pensar criticamente as políticas de saúde sexual não apenas como tecnologias de gestão da vida, mas também como mecanismos de valorização diferencial de existências. Quais vidas importam? Quais sexualidades são consideradas legítimas? Quais corpos merecem viver? (Fassin, 2023; Foucault, 2010).

Entendendo o duplo desafio social e cultural enfrentado por pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais vivendo com HIV (PVHIV), é necessário abordar a categoria da sexualidade (Foucault, 2009) na maturidade. Nesse sentido, é necessário destacar que a sexualidade vigora como discurso, assim como primeiro dispositivo biopolítico que atua no que é considerado normal ou não. Sendo assim, a sexualidade recebe uma dimensão de segredo:

“A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais” (Foucault, 1999, p. 9).

No Brasil, as políticas públicas de enfrentamento ao HIV/AIDS foram, durante muitos anos, referência para outros países. A partir da década de 1990, com a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, assim como a pressão de movimentos sociais e organizações da sociedade civil, o país adotou uma abordagem que articulava acesso universal e gratuito aos antirretrovirais, campanhas educativas baseadas nos direitos humanos e estratégias voltadas à redução de danos (Brasil, 1996).

As políticas de Redução de Danos foram pioneiras ao adotarem uma abordagem preventiva na incidência do HIV/Aids no Brasil, através da experiência conduzida por um conjunto de epidemiologistas no município de Santos/SP a partir da segunda metade da década de 1980 (Rosa, 2014). Diante da alta incidência do HIV/aids nessa

cidade portuária, decorrente não apenas de relações sexuais, mas também do uso de substâncias psicoativas de forma intravenosa, em especial, da cocaína injetada, esses epidemiologistas passaram a adotar estratégias voltadas a redução dos prejuízos causados por esse tipo de conduta, ofertando kits que continham seringas, garruchas, álcool, preservativos, dentre outros produtos que reduzem significativamente as chances de contágio, mitigando, portanto, a sua disseminação (Rosa, 2014).

Embora tenha surgido através das políticas de prevenção conduzidas pelo Ministério da Saúde e, posteriormente, por meio das Secretarias de Saúde dos mais distintos Estados brasileiros, a Redução de Danos paulatinamente foi sendo deslocada para a área da saúde mental, ensejando o surgimento dos chamados Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPS/AD, criados em 2002, como parte da Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil (Rosa, 2014).

Não obstante, é necessário mencionar, que a Redução de Danos nasce no Reino Unido em 1926, através do Relatório Rolleston que estabelece o uso da metadona na incidência do consumo compulsivo de heroína, que se apresentava como um problema público à época. Todavia, essa política pública só chega no Brasil a partir da década de 1989 (Rosa, 2014).

A epidemia da Aids foi responsável por inúmeras estratégias elaboradas por diversos países, com o intuito de conter o avanço da doença em todo o mundo. Nesse contexto, houve a criação da Política de Redução de Danos - PRD, de acordo com Nardi, Rigoni (2009), inicialmente desenvolvida em alguns países da Europa (Reino Unido, Holanda, Suíça), na década de 1980, assim como os Estados Unidos, Austrália e Canadá (Domênico, 2006).

A redução de danos teve por objetivo minimizar o avanço da epidemia do HIV e Aids, nas populações consideradas vulneráveis, como os usuários de drogas injetáveis (UDI), através das trocas de seringas usadas por seringas novas e descartáveis. Essa medida não apenas serviria para conter o índice de transmissão do vírus HIV, mas também o de hepatite B (Nardi, Rigoni, 2009).

Nardi e Rigoni (2009) relatam que, no Brasil, a cidade de Santos, no Estado de São Paulo, foi pioneira em 1989 quanto a questão da implantação da Política de Redução de Danos, seguida por Salvador (BA) em 1995. Em Porto Alegre, a PRD foi iniciada em 1996. Apesar da proposta de a Política de Redução de Danos minimizar o avanço da epidemia da Aids, ofertando trocas de seringas descartáveis, assim como oferecendo insumos como preservativos e “cachimbos”, utilizando-se até mesmo de dois dos princípios do SUS, a universalidade (direito de acesso aos serviços de saúde, sem distinção de raça, gênero, idade) e a equidade (acesso aos serviços de saúde respeitando as vulnerabilidades, sejam elas de caráter econômico, social e/ou físico) (Brasil, 1988). O Estado de São Paulo teve a sua Política de Redução de Danos suspensa, em 1994, por uma ordem da equipe ministerial (Domênico, 2006).

Essa política foi celebrada como exemplo de uma biopolítica progressista, voltada ao lema “fazer viver” em sua dimensão ampliada, comprometida com o cuidado da população, especialmente de grupos historicamente marginalizados. Contudo, é possível identificar o funcionamento da biolegitimidade em determinadas populações, tais como: mulheres, crianças e casais sorodiscordantes, que passaram a ser mobilizadas como imagens legítimas de vítimas, enquanto outras, como homens que fazem sexo com homens, pessoas trans, travestis, trabalhadores do sexo e usuários de drogas injetáveis, continuaram a ser alvo de estigmas, controle e responsabilização moral, assim como pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais (Fassin, 2023; Gugliotti, 2024; Goffman, 1980).

A aplicabilidade da Política de Redução de Danos às pessoas com mais de 50 anos que vivem com HIV é sistematicamente negligenciada, revelando os mecanismos biopolíticos, que determinam quais corpos merecem visibilidade, cuidado e investimento, e quais permanecem fora do horizonte das políticas de vida, em decorrência do etarismo e o estigma por ser uma pessoa que vive com HIV (Nardi, Rigoni, 2009; Goldenberg, 2021; Foucault, 2009).

O reconhecimento do direito à vida e ao tratamento não foi igualmente distribuído, sendo mediado por discursos morais, que hierarquizam sexualidades, estilos de vida e performances de gênero. Nos últimos anos, esse quadro se complexificou ainda

mais com o crescimento de uma moralidade conservadora nas políticas públicas (Gugliotti, 2024; Matias, 2022).

Os desafios para o enfrentamento ao HIV/AIDS no Brasil não se restringem exclusivamente à dimensão econômica. Há um aspecto importante do ponto de vista da “agenda de valores”: além da instrumentalização da crise política, fomentaram-se anseios difusos e construíram-se “antiagendas” que passaram a questionar categorias como o “gênero”, a “diversidade sexual” e a “redução de danos”, historicamente centrais à prevenção do HIV no Brasil (Agostini et al, 2019, p. 4601).

As campanhas voltadas para a prevenção do HIV passaram a sofrer censura ou esvaziamento, especialmente aquelas que abordavam de forma direta o sexo entre homens, a vivência trans ou o trabalho sexual. Com isso, parte das ações educativas foi substituída por estratégias genéricas e descontextualizadas, enfraquecendo a eficácia das políticas de prevenção justamente entre os grupos mais vulnerabilizados (Machado, 2005; Machiesqui, 2010). Aqui, a biolegitimidade opera negativamente: certas vidas deixam de ser percebidas como dignas de cuidado e passam a ser geridas por meio da negação, do silenciamento ou da culpabilização (Fassin, 2023; Gugliotti, 2024; Matias, 2022).

Dessa forma, ao se aplicar a analítica foucaultiana amparada na noção de biopolítica em diálogo com a crítica moral proposta por Fassin (2023), torna-se possível desvelar como o cuidado com a vida nas políticas públicas brasileiras não é somente uma questão técnica, mas também um campo de disputa simbólica e política sobre o valor das existências a partir de seus diferentes modos de vida. As políticas de HIV/AIDS, nesse sentido, nos permitem ver com clareza como a sexualidade se inscreve nos jogos de poder e nas hierarquias de legitimidade que estruturam o campo da saúde pública (Foucault, 2010).

### 3.1 O VIVER COM O HIV NA MATURIDADE

Ao retratarmos as histórias de vida de interlocutores na faixa etária de 50 aos ou mais que vivem com HIV, observa-se similaridades entre si, assim como, existem várias discrepâncias. Dentre elas, constata-se uma discrepância entre a história de vida de Felisberto, que vive uma união homoafetiva há 13 anos, mesmo diagnosticado com o HIV, em relação ao discurso de Grabois (2011), pois, segundo o autor, a

homossexualidade em si está fadada a um envelhecimento solitário, como uma forma de punição, em decorrência a um comportamento desviante, a uma dissidência sexual.

Os conceitos convencionais do que devemos ser na lógica temporal biográfica diz muito sobre a sexualidade dos dias atuais, visto que ainda lidamos com pré-conceitos, de que a felicidade é restrita às relações heterossexuais. Além disso, a pressão familiar em não aceitar a orientação sexual e incentivar a heterossexualidade, assim como a formação da família tradicional interfere para que o estigma perpetue (Goffman, 1980).

Grabois (2011), em seu estudo, nos remete à reflexão quanto a concepção errônea de um de seus interlocutores (diga-se de passagem, homossexual), de que o fato de ter mantido um casamento heterossexual por muitos anos evitou que ele fosse infectado com o vírus HIV, em comparação aos seus amigos homossexuais. Em sua concepção, muitas pessoas ainda associam e estigmatizam o HIV e a AIDS à homossexualidade.

Grabois (2011) nos convida à reflexão crítica sobre essa percepção, que é compartilhada por muitos indivíduos, que ainda perpetua quanto a ideia de que o HIV e a AIDS é "coisa de homossexual", como se somente esse público fosse susceptível a ser infectado pelo vírus e responsável pela propagação da AIDS.

Essa visão equivocada de um interlocutor homossexual do estudo de Grabois (2011), que acreditava que seu casamento heterossexual o protegia da infecção, revela uma internalização do estigma, como se a homossexualidade, por si só, implicasse maior risco de infecção por vírus HIV. Contudo, tal concepção revela-se equivocada quando confrontada com as trajetórias de vida de Dona Carmelita e Dona Joaquina, interlocutoras desta pesquisa, cujas experiências evidenciam a vulnerabilidade estrutural de mulheres em relações heteronormativas (Gugliotti, 2024).

Ambas foram infectadas pelo HIV por meio de seus parceiros estáveis, sendo que Dona Carmelita descobriu sua soropositividade após mais de três décadas de casamento, e Dona Joaquina também atribui a infecção ao seu companheiro, o que nos remete a uma lógica de confiança e monogamia presumida, desmontando a lógica

biomoral que associa a soropositividade à promiscuidade ou à irresponsabilidade individual (Matias, 2019; Gugliotti, 2024).

Essas narrativas desestabilizam discursos que individualizam a responsabilidade pela prevenção, ignorando os marcadores sociais de gênero e a assimetria nas relações afetivo-sexuais, expondo ainda de forma contundente os limites de uma racionalidade biomédica que, sob o discurso da prevenção, opera dispositivos de biopoder (Foucault, 2005), deslocando para o corpo feminino a responsabilidade pela gestão da própria saúde.

A experiência dessas mulheres revela como o HIV e a Aids se inserem no corpo como marcador de falha moral, principalmente quando esse corpo é feminino. Isso nos remete à reflexão de que a política da vida não somente regula, mas também maneja o silêncio e produz subjetividades (Foucault, 2005).

Durante as entrevistas, constatou-se que todos os interlocutores foram diagnosticados por infecção por HIV após os 26 anos de idade, sendo que apenas uma interlocutora teve o diagnóstico aos 56 anos (Dona Carmelita), e todos enfrentam ou enfrentaram o processo de envelhecer vivendo com o HIV. Uso o termo “enfrentaram” em respeito à interlocutora Dona Joaquina, que veio a falecer meses após ter concordado em participar desta pesquisa. Esses dados, em relação à idade de diagnóstico dos interlocutores, demonstra uma contradição quanto à faixa etária mencionada em inúmeras estatísticas do Ministério da Saúde, que ainda afirma a prevalência da infecção por HIV em pessoas da faixa etária de 15 a 25 anos, ou seja, um público mais jovem (Brasil, 2024).

Dentre as similaridades entre os interlocutores está a forma como contraíram o HIV, visto que todos afirmam ter sido por via sexual, com parceiros fixos, ou seja, relações afetivo-conjugais estáveis, destoando qualquer indício de compartilhamento de seringas e agulhas, por uso de drogas injetáveis, além de não terem tido nenhum envolvimento sexual com profissionais do sexo. Essa narrativa reconfigura o imaginário social historicamente vinculado à epidemia, ao se afastar de categorias estigmatizadas como os usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, deslocando a atenção para o âmbito das relações heteronormativas, na medida em

que é demonstrada a complexidade dos regimes de verdade em torno da transmissão do HIV (Foucault, 2010).

Outra similaridade entre os entrevistados foi a não aceitação quanto ao diagnóstico de infecção por HIV e a não adesão imediata ao tratamento. Essa negação ao diagnóstico é presumível, visto que o HIV, em si, carrega um estigma concomitante à sexualidade, moral, condutas e comportamentos. A não aceitação quanto ao diagnóstico reflete os significados sociais negativos associados ao HIV, mas também nos remete à reflexão quanto aos aspectos socioeconômicos, emocionais e/ou educacionais do indivíduo, que dificultam a compreensão do diagnóstico ou o acesso ao tratamento.

Com isso, constata-se que a recusa em aceitar o fato de ter que iniciar o tratamento para controle da infecção por HIV não deve ser vista como ignorância ou irresponsabilidade por parte dos indivíduos, e, sim, como o resultado de um processo complexo que envolve o medo, o estigma, a biopolítica e, ao mesmo tempo, a biolegitimidade (Foucault, 2010; Fassin, 2023).

Sob a perspectiva da biopolítica, a não adesão ao tratamento representa um ato de resistência, no que tange ao controle do Estado sobre a gestão da vida do indivíduo (Foucault, 2010). De acordo com suas falas, todos eles sofreram um impacto ao receberem o diagnóstico e só conseguiram iniciar o tratamento após terem recebido o apoio de familiares, colegas de trabalho e/ou de um integrante de alguma igreja, diga-se de passagem, evangélica (Informação verbal por parte dos interlocutores, 2024).

Percebe-se que o papel da religião para parte das pessoas que vivem com HIV é o de ressignificar suas vidas, sendo um espaço de acolhimento. Sociologicamente, a religião se apresenta como uma das formas de pertencimento desde os estudos de Durkheim (1996). Além disso, há ainda a construção de uma identidade do sujeito soropositivo. Em diálogo com Pierre Bourdieu (1996), podemos pensar a religião, como um campo que provê reconhecimento social. Em consideração às pessoas que vivem com HIV, marcadas por vários estigmas (gênero, raça e orientação sexual), a inserção desses indivíduos em uma comunidade religiosa se apresenta como uma resistência simbólica frente à patologização.

Em continuidade à análise das histórias de vida dos interlocutores, é possível constatar que todos os entrevistados relataram que suas vidas sofreram diversas mudanças, e seus pensamentos de como veem a vida e a morte também mudaram. Felisberto aprendeu a cuidar mais dele; Josivaldo relata que o HIV deu um novo significado em sua vida, um novo “norte” e que o transformou em um grande defensor na luta pela vida entre os portadores do HIV; Dona Carmelita e Dona Joaquina aprenderam que “vale a pena lutar”. Eles não têm mais a concepção de que viver com o HIV seja uma sentença de morte, pois passaram a cuidar mais de sua saúde, tanto do corpo quanto da saúde mental; passaram a valorizar mais a vida (Gugliotti, 2024; Matias, 2019).

Essa percepção e valorização à vida por parte dos interlocutores nos remete aos pensamentos de Foucault (2009) e Bauman (2021). Foucault (2009) enfatiza os regimes de controle, estigma e exclusão, quem é merecedor de receber saúde ou não; enquanto Bauman (2021), através de sua obra *Modernidade Líquida*, discute o medo da exclusão como um dos afetos centrais da vida contemporânea.

Em diálogo com esses dois autores, o relato dos interlocutores desta pesquisa evidencia que as experiências das pessoas com 50 anos ou mais portadores do HIV mostram que a vivência com o vírus vai muito além da dimensão biomédica. Trata-se de uma reconstrução de sentidos, valorizando a vida das PVHIV e combatendo discursos que foram historicamente construídos de quem merece viver e de quem deve ser silenciado (Foucault, 2009; Goffman, 1980; Bauman, 2021).

Ao serem questionados com a pergunta: “Sofre ou já sofreu algum tipo de discriminação por serem portadores do HIV e qual?”, Felisberto afirmou não ter sofrido discriminação por ser portador e, sim, quanto a sua homossexualidade. Josivaldo, assim como Felisberto, também sofreu discriminação devido a sua homossexualidade, mas ele se autodiscriminou por ser um profissional de saúde e ter sido infectado pelo HIV e, na sua concepção, essa situação seria algo inadmissível. As interlocutoras Dona Carmelita e Dona Joaquina afirmam não terem sofrido nenhum tipo de preconceito por parte dos filhos, que sabiam da sua condição. Contudo, ambas sempre usaram o “manejo do segredo”, como um meio de defesa. Dona Carmelita nunca expôs o diagnóstico para seus irmãos, amigos e membros da igreja do qual faz parte. Dona Joaquina mudava as embalagens dos medicamentos antirretrovirais



quando participava de encontros da igreja, conforme relatou em um contexto fora da entrevista por mim realizada.

Nesse caso, a pergunta “Sofre ou já sofreu algum tipo de discriminação por ser portador do HIV?” nos evoca às experiências individuais de preconceito, mecanismos de controle e de exclusão que operam sobre os corpos e as suas vidas dos interlocutores (Foucault, 2009).

Segundo a perspectiva biopolítica de Foucault (2009), pessoas da faixa etária de 50 anos ou mais que vivem com HIV têm seus corpos regulados e monitorados através da medicalização e na normatização dos corpos, transformando-as em indicadores de desvio social e discriminação. A governamentalidade sobre os corpos dos indivíduos revela que a medicalização seleciona, regulando a quem se permite viver e sob quais condições (Foucault, 2009; Goffman, 1980).

Em contrapartida da biopolítica, Fassin (2023), através de sua concepção de biolegitimidade, afirma que ao mesmo tempo em que as pessoas que vivem com HIV têm acesso a tratamento e políticas de saúde garantindo-lhes a vida, elas continuam tendo suas vidas sociais, assim como sua participação na sociedade e seus direitos quanto ao respeito e à visibilidade comprometidos, muitas vezes negados, perpetuando julgamentos morais.

Mesmo com o enfrentamento de estigmas, discriminação e etarismo, os interlocutores desta pesquisa afirmaram que, após o diagnóstico de infecção por HIV, aprenderam a importância de cuidar de sua saúde, de cuidar de si mesmos, de ter responsabilidade sobre si mesmos, valorizar cada conquista e se sentirem úteis, bem como capazes de realizar feitos. Esses sujeitos passaram a ocupar um lugar de legitimidade moral e dignas de atenção (Fassin, 2023; Matias, 2019; Gugliotti, 2024).

Quanto aos planos de vida e os sonhos, os interlocutores demonstraram opiniões diversas. Felisberto tem o desejo e sonho de se aposentar para cuidar melhor de sua saúde. Josivaldo sonha em continuar viver bem, com saúde e disposição para continuar trabalhando como Conselheiro Estadual de Saúde no estado do Espírito Santo. Dona Carmelita ainda deseja viajar e conhecer o mundo, almejando encontrar um companheiro, ao mesmo tempo que, deseja ter saúde para cuidar da mãe com Alzheimer e do irmão, que se encontra acamado. Dona Joaquina expõe seu desejo

quanto à cura da Aids e do câncer. Entretanto, como foi dito anteriormente, a interlocutora veio a falecer meses após ser entrevistada.

Os relatos dos interlocutores nos remetem à reflexão sob a perspectiva da biolegitimidade de Fassin (2023) que, apesar de expressarem seus planos e sonhos para o futuro, suas aspirações lhes exigem resiliência, resistência e compromisso com a própria vulnerabilidade marcada pelo diagnóstico de infecção por HIV. É uma forma diferente de viver a vida, que está condicionada não somente a um diagnóstico, como à capacidade de tornar sua situação algo produtivo e social (Fassin, 2023).

Felisberto relatou que viver com HIV na maturidade é uma “coisa normal”. Em sua concepção, é uma doença encarada com naturalidade, como se fosse uma outra qualquer (Felisberto, abril, 2024). Josivaldo afirmou que, atualmente, ele vive tranquilo com o seu diagnóstico e que não sofre mais com o medo da morte. A maturidade e os anos de tratamento lhe trouxeram mais clareza e conhecimento sobre o assunto, entendendo hoje mais profundamente sobre as políticas de controle da propagação do HIV e Aids no Brasil.

Dona Carmelita relatou que lida com a questão da maturidade e do envelhecimento com normalidade e naturalidade, já que vive com o HIV há 12 anos, sabendo que o vírus está indetectável, assim como os demais interlocutores, porém continua acreditando em dias melhores. Dona Joaquina relatou que a maturidade lhe deu uma consciência e senso de responsabilidade para com ela mesma e com as outras pessoas, neste caso, um possível companheiro. Como a interlocutora nunca aceitou o uso do preservativo durante as relações sexuais, ela resolveu abster-se do sexo.

Os relatos de Felisberto, Josivaldo, Dona Carmelita e Dona Joaquina demonstram que esses sujeitos vivem o HIV na maturidade com responsabilidade, naturalidade, controle sobre si, o que nos remete à perspectiva foucaultiana de governamentalidade, onde os indivíduos internalizam dispositivos de poder e geram suas próprias vidas. Quando Felisberto e Dona Carmelita afirmaram que encaram o HIV com normalidade, eles estão desestigmatizando a doença. Não obstante, ao demonstrar familiaridade com as políticas de controle do HIV, Josivaldo mostrou que o saber biomédico pode ser convertido em um saber de si, onde a informação

transforma o sujeito em um ser responsável que cuida de si na medida em que cuida dos outros (Foucault, 2009).

Ao decidir pela abstinência sexual como forma de proteger o outro, Dona Joaquina revelou um cuidado de si e dos outros, pois, ela renuncia a sexualidade com o objetivo de evitar um dano ao seu possível parceiro sexual (Foucault, 2009). Esses relatos se apresentam como experiências individuais com o vírus HIV, assim como demonstram que o processo de envelhecer vivendo com o vírus torna os interlocutores sujeitos vigilantes de si e dos outros, ao mesmo instante que procuram por formas de viver com o vírus (Foucault, 2009; Butler, 2016).

Durante as entrevistas, ao abordar sobre os desafios enfrentados após o diagnóstico de HIV, as respostas foram díspares, visto que na concepção de Felisberto e Dona Joaquina, os desafios consistem na aceitação do tratamento, na adesão ao tratamento e descrevem as dificuldades do adoecimento (Informação verbal por parte dos interlocutores, abril-maio, 2024).

Felisberto também enfatizou o medo de não se aposentar, sendo este um dos seus maiores sonhos, pois a aposentadoria seria vivida para o cuidado com a sua saúde, com mais dedicação. Todavia, além de enfrentar diariamente com o HIV, Dona Joaquina ainda enfrentou um câncer, a retirada de um dos rins, diversas sessões de hemodiálise, conforme ela me relatou em um momento fora da entrevista.

Entretanto, Dona Carmelita e Josivaldo afirmaram que o diagnóstico foi um impacto em suas vidas, mas apesar dos problemas enfrentados, foram resilientes, superando as dificuldades. Inclusive, Josivaldo afirmou que o diagnóstico de infecção por HIV lhe trouxe “benefícios” (Silva; Pereira, 2024). Essa afirmação em relação aos eventuais benefícios trazidos pelo HIV remonta o texto escrito por Beto Volpe (2016), que vive com HIV há 36 anos, na contracapa de seu livro intitulado *Morte e Vida Positiva*:

“A infecção pelo HIV me proporcionou a oportunidade de reescrever minha história, de mudar meus caminhos, de ser melhor. Se hoje consigo dormir tranquilo é porque o faço com orgulho do dia que tive e das atitudes que tomei. Pode parecer estranho, mas se houver um porteiro no céu e ele perguntar qual a melhor coisa que me aconteceu em vida, não hesitarei em responder que foi ter me infectado com o HIV. Apesar de todas as dificuldades e de todas as perdas, foi o vírus que me tirou da mediocridade em que vivia e deu sentido à minha vida”.

Esse ato de ressignificar, descrito tanto por Volpe (2016) quanto pelos interlocutores desta pesquisa, demonstra que o HIV deu um novo sentido às suas vidas, deu-lhes um novo propósito, fazendo com que olhassem para as coisas ao seu redor com outra dimensão de valores, mesmo que tenham enfrentado e ainda enfrentem vários percalços durante todos esses anos vividos com o diagnóstico de infecção por HIV (Gugliotti, 2024).

Durante as entrevistas, foi possível constatar que apesar de terem o diagnóstico de infecção por HIV, os interlocutores com faixa etária de 50 anos ou mais ainda experienciam uma vida erótico-afetiva ou têm a pretensão em ter alguma (Gugliotti, 2024; Matias, 2019). Ao serem indagados sobre o que pensam das políticas públicas brasileiras relacionadas ao acesso à informação sobre HIV e AIDS, assim como a opinião sobre as campanhas de prevenção contra o HIV/AIDS, constatou-se que as respostas das interlocutoras Dona Carmelita e Dona Joaquina apresentaram dificuldades de entendimento acerca do que seria uma política pública, em virtude do grau de instrução, visto que ambas possuem a 4ª série do ensino fundamental. Essa realidade somente enfatiza a ótica de Rissardo, Furlan e Aguiar (2009) de que a ausência e/ou ineficiência de informação clara e objetiva sobre infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, seria um marcador que influencia na propagação do vírus e no estigma com relação às pessoas que vivem com HIV (Goffman, 1980).

As trajetórias de vida de Felisberto, Josivaldo, Dona Carmelita e Dona Joaquina revelam que viver com o HIV aos 50 anos ou mais não os exclui da possibilidade de experiências erótico-afetivas e/ou vínculos afetivos. No entanto, a presença do estigma associado à soropositividade e à maturidade exige dos interlocutores, constantes operações de gerenciamento identitário (Goffman, 1980).

Felisberto (56 anos) e Josivaldo (54 anos) optaram por relações estáveis, a fim de reafirmar uma performance normativa da afetividade, ressignificando sua condição sorológica. Dona Carmelita (68 anos) enfatiza o "segredo" (Foucault, 2009) quanto à sua soropositividade como uma técnica de manejo do estigma, evitando a rotulação estigmatizante que poderia comprometer suas interações (Goffman, 1980).

Enquanto Dona Joaquina (66 anos), ao escolher pelo celibato como uma forma de evitar a exposição sobre si mesma, nos remete à reflexão quanto à obra *A velhice* de Simone de Beauvoir (1970), em que a autora enfatiza a marginalização da mulher madura ou “envelhecida”, excluída pelo fato ser do gênero feminino, pela sua idade e pela sua sexualidade, visto que ainda vivemos a cultura de que a sexualidade feminina se encontra atrelada apenas para fins reprodutivos e, quando associada ao prazer, torna-se estigmatizada (Goldenberg, 2021; Gugliotti, 2024; Goffman, 1980; Foucault, 2010).

“[...] embora as entrevistas e as estatísticas, para além dos estigmas, demonstrem que pessoas acima de 50 experienciam a vida sexual e afetiva, observamos a invisibilidade de políticas públicas demonstrada nas peças publicitárias, que não contemplam as pessoas com 50 anos ou mais, numa demonstração de que a biolegitimidade, “que é a legitimidade da vida, ou seja, o reconhecimento da vida biológica como um bem supremo” (Fassin 2023, p.23), também é uma questão ao se observar as trajetórias de pessoas acima de 50 anos portadoras do vírus HIV” (Silva, Pereira, 2024, p. 14).

Em síntese, apesar de enfrentarem cotidianamente os efeitos da estigmatização social, pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV mantêm vidas afetivas, sexuais e eróticas ativas. Ainda que esse perfil geracional seja negligenciado em algumas campanhas nacionais de prevenção e informação sobre IST's, incluindo HIV/AIDS realizadas pelo Ministério da Saúde, tais pessoas que vivem com HIV reivindicam o seu direito pela busca de novos vínculos amorosos e/ou erótico-afetivos, reinventando práticas de afeto, erotismo, assim como, resistindo quanto à exclusão simbólica, enfrentando estigmas tais como aqueles como analisado por Goffman (1980).

Nesse contexto, o viver amoroso das PVHIV com 50 anos ou mais desafia os discursos normativos que vinculam juventude, saúde e sexualidade como requisitos exclusivos da vida afetiva legítima (Foucault, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo compreender os principais desafios enfrentados, no cotidiano, por pessoas com mais de 50 anos de idade diagnosticadas com HIV/AIDS. Entre os quatro participantes da pesquisa, três receberam o diagnóstico antes dos 50 anos e convivem com o vírus há mais de duas décadas, enquanto uma interlocutora foi diagnosticada após os 50 anos e vive com o HIV há 12 anos.

Conforme os dados levantados, observou-se que o recebimento do diagnóstico teve um impacto emocional significativo sobre os participantes, manifestado por sentimentos de negação, medo e apreensão, sendo que, em um dos casos, houve tentativa de autoextermínio. De modo geral, nenhum dos interlocutores iniciou o tratamento de forma imediata, uma vez que interpretaram o diagnóstico como uma "sentença de morte". Tal percepção se deve, em grande medida, ao conhecimento limitado que possuíam à época, o qual associava a infecção pelo HIV a uma expectativa de vida reduzida e à utilização de medicamentos antirretrovirais com efeitos adversos intensos, o que dificultava a adesão ao tratamento.

Entre os participantes, uma interlocutora foi categórica ao afirmar que se posicionava completamente contrária ao uso de preservativos nas relações sexuais com seu parceiro, à época do diagnóstico. Outra interlocutora, além de enfrentar o desafio de conviver com o HIV, teve de lidar simultaneamente com a doença do esposo e com a incerteza quanto a uma possível "traição" por parte dele, considerando que mantinham uma união conjugal por mais de trinta anos.

Apesar das adversidades iniciais, todos os participantes relataram, de forma enfática, que, após o início do tratamento, foram capazes de realizar normalmente suas atividades cotidianas, como exercer ocupações laborais, cuidar da própria saúde e frequentar espaços de prática religiosa — com exceção de um interlocutor, que se identifica como deísta, ou seja, alguém que acredita em Deus, mas não segue nenhuma doutrina religiosa institucionalizada. Os relatos também evidenciam a presença de suporte familiar contínuo até o momento atual e, em alguns casos, o apoio de seus companheiros.

De acordo com os relatos obtidos nas entrevistas, observou-se que os interlocutores mantêm projetos de vida e aspiram à concretização de sonhos pessoais. Ainda que estejam cientes de sua condição sorológica e apresentem carga viral indetectável, o que implica na não transmissibilidade do vírus, muitos ainda adotam estratégias para manter seu diagnóstico em sigilo, com o objetivo de evitar ou atenuar possíveis experiências de estigmatização e discriminação social.

No que se refere à dimensão sexual e/ou erótico-afetiva, uma das participantes optou pela abstinência sexual, justificando sua escolha pela aversão ao uso do preservativo. Já outra entrevistada manifesta o desejo de estabelecer uma relação afetiva, embora reconheça as dificuldades envolvidas na revelação de sua condição sorológica a um possível parceiro, sobretudo diante do medo da rejeição e da exposição pública.

Quanto à percepção que os interlocutores têm a respeito das campanhas publicitárias voltadas para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas, o HIV, acreditam que tais campanhas revelam uma fragilidade no recorte etário e uma certa invisibilidade no que concerne às pessoas com 50 anos ou mais enquanto sujeitos susceptíveis à infecção, reforçando estigmas ao perpetuar o conceito de que a juventude ainda se manifesta como o principal grupo de risco, negligenciando outras faixas etárias, conforme os conceitos de desvio e estigma, discutidos respectivamente por sociólogos como Howard Becker (2008) e Erving Goffman (1980).

Desse modo, a presente pesquisa alcançou seus objetivos ao evidenciar que a experiência de viver com o diagnóstico de HIV não se restringe à população jovem. A faixa etária, outrora concebida como marcador de risco ou de imunidade simbólica, revela-se insuficiente para delimitar a vulnerabilidade frente ao vírus. Concluímos que, com o advento e a eficácia da terapia antirretroviral, o HIV deixou de representar uma sentença de morte para tornar-se parte de um novo regime de vida. Assim, o diagnóstico passou a demandar ressignificações sociais e existenciais, sobretudo entre pessoas com 50 anos ou mais, cuja vivência com o vírus desafia normas etárias e estigmas, reposicionando a maturidade e o envelhecimento como campos legítimos de exercícios da sexualidade, dos afetos, de um novo amor e do cuidado de si.

A ausência de representatividade nas campanhas publicitárias de políticas públicas voltadas para a população de 50 anos ou mais demonstra que esse perfil geracional permanece existindo e reivindicando seu lugar tanto nos discursos, quanto nas práticas de saúde no enfrentamento ao HIV no Brasil e, em especial, no Estado do Espírito Santo.



## REFERÊNCIAS

ACERO, Liliana. **Pesquisas e terapias com células-tronco: governança, visões sociais e o debate no Brasil**. Rio de Janeiro: e-papers. 2011.

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

AGOSTINI, Rafael et al. A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva** **24 (12)**. Dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Acesso abril 2025.

AMANCIO, Aloysio; CAVALCANTI, Pedro Celso. Uchôa. **Clínica geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 1975.

AZUAGA, Feliciano Lhanos; SAMPAIO, Breno Ramos. Efeito Viagra: O impacto do medicamento de bem-estar sobre o comportamento dos usuários de meia-idade no Brasil. **Anais do XLIV Encontro Nacional de Economia [Proceedings of the 44th Brazilian Economics Meeting]**, Brasil, ed. 198, 21 jul. 2016. Disponível em: [https://www.anpec.org.br/encontro/2016/submissao/files\\_l/i129705b2adf5aa4116c2fd260418894e86.pdf](https://www.anpec.org.br/encontro/2016/submissao/files_l/i129705b2adf5aa4116c2fd260418894e86.pdf) Acesso: 9 maio 2022.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida**. Tradução de Plínio Dentzien. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

BECKER, Howard. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 1994. 2 ed. São Paulo: Hucitec.

BECKER, Howard. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [capítulos 1, 2 e 3].

BENEDITO, Jonorete de Carvalho. **Trabalhadores velhos: uma expressão da questão social no século XXI**. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/2274/1/Trabalhadores%20velhos%20-%20uma%20express%C3%A3o%20da%20quest%C3%A3o%20social%20no%20s%C3%A9culo%20XXI.pdf> Acesso em out. 2024.

BISPO, Raphael. Retratos da solidão: sofrimentos e modalidades femininas na velhice, **Soc. e Cult.**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 41-50, jan./jun. 2014.

BISPO, Raphael. Tempos e silêncios em narrativas: etnografia da solidão e do envelhecimento nas margens do dizível. **Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia** vol. 20 (2) | 2016 Vol. 20 (2).

BISPO, Raphael. ¿Beleza eterna? A experiência de envelhecimento entre dançarinas eróticas “das antigas”. 2016. **Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad**. N°21. Año 8. agosto 2016-Noviembre 2016. Argentina. ISSN 1852-8759. pp. 52-63.

BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, Papirus, 1996.

BOCKORNI, Beatriz Rodrigues Silva; GOMES, Almira Ferraz. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma Pesquisa Qualitativa no Campo de Administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/empresarial/article/download/8346/4111/27544> Acesso em 20 de nov. 2024.

BUENO, Poliana Cristina Afonso. **A terceira idade e o mercado de trabalho: uma revisão sistemática da bibliografia**. 2015. In: Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UnICEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação Lato Sensu em Gestão de Pessoas e Coaching, sob orientação da Profa. Dra. Tatiane Regina Petrillo Pires de Araújo. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/8010>. Acesso em nov. 2024.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?** Tradução Sérgio Tadeu de Niemayer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BRANDÃO, Vera Maria Antonieta Tordino; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. **Envelhecimento ou Longevidade?** 2009. SÃO Pulo: Paulus.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020> Acesso out. 2023.

BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**: Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as *Resoluções* CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. ível em: < [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html). Acesso em 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9313.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm). Acesso em out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids: Sexo não tem idade. Proteção também não**. 2008. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/ptbr/campanha/campanha-do-dia-mundial-de-luta-contra-aids-sexo-nao-tem-idade-protecao-tambemnao-2008>. Acesso em ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha de Carnaval - Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não.** 2009. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/ptbr/campanha/campanha-de-carnaval-sexo-nao-tem-idade-para-acabar-protacao-tambem-nao-2009>. Acesso em ago. 2024.

BRASIL. Lei 14.423 de julho de 2022. **Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”.** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm). Acesso em out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Diagnóstico do HIV.** 2024. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/diagnostico-do-hiv>. Acesso em nov. 2024.

BRASIL. Portaria/MTP Nº 671, de 8 de novembro de 2021. **Regulamenta disposições relativas à legislação trabalhista, à inspeção do trabalho, às políticas públicas e às relações de trabalho.** Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-359094139>. Acesso em nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Portaria SCTIE/MS nº 90, de 25 de agosto de 2022.** Torna pública a decisão de atualizar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV. Ref.: 25000.160282/2021-67, 0028508370.

BRASIL. Portaria 1.246/2010 do Ministério do Trabalho e Emprego de 28.05.2010. **Dispõe sobre a orientação das empresas e dos trabalhadores em relação à testagem relacionada ao vírus da imunodeficiência adquirida - HIV.** 2010. Disponível em: [https://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariante1246\\_2010.htm](https://www.normaslegais.com.br/legislacao/portariante1246_2010.htm). Acesso out. 2024.

BRIGEIRO, Mauro Martins Costa. **Desejos Contingentes e Obrigatórios: produção científico-tecnológica, politização da sexualidade e o conceito de desejo sexual.** 2021. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ifch/desejos-contingentes-obrigatorios-producao-cientifico-tecnologica-politizacao-sexualidade-conceito>. Acesso em out. 2024.

CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** 2002. Disponível em: [https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_0858.pdf](https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf). Acesso em out. 2024.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? - Rio de Janeiro: **IPEA, 2004.**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CAMPOS FILHO, Petrônio Vilar; SOUZA, Tiago Suassuna. **Perfil lipídico de pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidos em um Hospital Universitário.**

2017. Disponível em:

<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/30689/PETR%D4NIO+VILAR+CAMPOS+FILHO.+TIAGO+SUASSUNA+SOUZA+-+TCC+MEDICINA+CCBS+2017.pdf;jsessionid=8BB12C510EA63419005DEADC806D7341?sequence=1>. Acesso out. 2024.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica.** São Paulo: Atheneu. 2 ed. 2005.

CAZEIRO, Felipe; LEITE, Jäder Ferreira; JUNIOR DA COSTA, Andrei. Por uma decolonização do HIV e interseccionalização das respostas à aids. **Physis** **33**. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333024>. Acesso em nov. 2024.

CELEDÔNIO, Luna Pinheiro; ANDRADE, Laurinete Sales de. Aids na terceira idade: Sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, SP, v. 13, n. 1, p. 47–60, 2015. DOI: 10.20396/sss.v13i1.8634914. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634914>. Acesso em: 8 mar. 2025.

CORDEIRO, Luana Ibiapina et al. **Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos.** 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/fjLDx9YmzGxRSncBr9VjYy/?format=pdf&lang=pt>  
Acesso em 20 out. 2023.

CORRÊA, Luciana. **Envelhecimento feminino e etarismo nas organizações: o desafio da mulher madura no mundo do trabalho.** 2023. ORGANICOM – Ano 20 – n. 41 – janeiro/abril. 2023. Disponível em:

<https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/206721>. Acesso em out. 2024.

COSTA, Jessica de Mattos. **Adesão à Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática e metanálise.** 2017.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para obtenção do grau de Mestre. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/27425>. Acesso nov. 2024.

DANTAS, Bruna Suruagy do Amaral. Sexualidade, cristianismo e poder. **Estud. pesqui. psicol.** vol.10 no.3 Rio de Janeiro dez. 2010. Disponível em:

[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18084281201000030005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18084281201000030005). Acesso em out. 2024.

DARDENGO, Cassia Figueiredo Rossi, MAFRA, Simone Caldas Tavares. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, vol. 18, n. 2, jul./dez. 2018.

DAVIS, Amélia et al. Pontos fortes e desafios de vários modelos de consulta geriátrica para idosos que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. **Clin Infect Dis**. 2022 Mar 23;74(6):1101-1106. Disponível em: doi: 10.1093/cid/ciab682. PMID: 34358303; PMCID: PMC8946774. Acesso em out. 2024.

DEBERT, Guita Grin. A dissolução da vida adulta e a juventude como valor. In: **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 16, n. 34, p. 49-70, jul/dez 2010.

DOMÂNICO, Andrea. “**Craqueiros e Cracados: bem-vindo ao Mundo dos Nóias!**” **Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**. 2006. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Ciências Sociais. Disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros\\_e\\_cracados\\_pagi\\_nadoteseufba.pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Craqueiros_e_cracados_pagi_nadoteseufba.pdf). Acesso maio 2025.

DURKHEIM, Émile. **As formas elementares da vida religiosa**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). **Boletim Epidemiológico IST-Aids do Estado do Espírito Santo Nº 36-202**. 2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DCT/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20IST-Aids%20do%20Estado%20do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20N%C2%BA%2036-2022.pdf>. Acesso em 10 jan. 2024.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). **Política Estadual de Atenção a Pessoa Idosa**. 2012. Disponível em: <<http://saude.es.gov.br/governo-do-es-institui-politica-de-atencao-a>>. Acesso em out. 2024.

ESPÍRITO SANTO (ESTADO). **Boletim Epidemiológico Estadual HIV/AIDS. Dados de HIV/AIDS no Estado do Espírito Santo 2022/2023**. 2024. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/NEVE/Boletim%20Epidemiologico%20Estadual%20HIV%20Aids%202023.pdf>. Acesso nov. 2024.

FASSIN, Didier. LINS, Marcela Barbosa (Tradução). A biopolítica não é uma política da vida. PÓS: **Revista do Programa de Pós-graduação em Artes da EBA/UFMG**. v. 13, n. 27, jan-abr. 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2023.41779>>. Acesso em agosto 2024.

FASSIN, Didier. **La Raison humanitaire: une histoire morale du temps présent**. Paris: Éditions Hautes Études-Gallimard-Seuil, 2010.

FERNANDES, Ítalo; BRUNS, Maria Alves de Toledo. Revisão Sistematizada da Literatura Científica Nacional acerca da História do HIV/AIDS. **RBSH 2021**, 32(1); 60-67. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>. Acesso nov. 2024.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **HIV: sintomas, transmissão e prevenção**. 2022. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/sintomas-transmissao-e-prevencao-nat-hiv>. Acesso em nov. 2024.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Genealogía del racismo**. La Plata: Editorial Altemira, 1996.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: o uso dos prazeres**. 13. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FOUCAULT, M. Uma entrevista de Michel Foucault por Stephen Riggis. In: FOUCAULT, M. **Ditos e escritos**, volume IX: genealogia da ética, subjetividade e sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. p. 192- 206.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

GOLDENBERG, Miriam. **A invenção de uma bela velhice: projetos de vida e a busca da felicidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2021.

GOULART JÚNIOR, Edward et al, 2008. Considerações sobre a terceira idade e o mercado de trabalho: questionamentos e possibilidades. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 6, n. 3, p 429-437. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/250/824>. Acesso em out. 2024.

GOMES, Marcel Maia; FERRERI, Marcelo; LEMOS, Flávia. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 189-195, maio-ago. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>. Acesso em ago. 2025.

GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Cláudio Moss da. **Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão**. 2008. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/6981>. Acesso em 12 dez. 2023.

GUGLIOTTI, João Paulo. **AIDS e envelhecimento homossexual: representações gerontológicas e a linguagem da patologia**. EdUFSCar/FAPESP, 2024.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES – IJSN. **Panorama do idoso no Espírito Santo**. IJSN Especial, out. 2024. Disponível em: [https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/S%C3%ADnteses/IJSN\\_Especial\\_Idosos.pdf](https://ijsn.es.gov.br/Media/IJSN/PublicacoesAnexos/S%C3%ADnteses/IJSN_Especial_Idosos.pdf). Acesso em out. 2024.

LEBRÃO, Maria Lúcia. Epidemiologia do envelhecimento. **Envelhecimento & Saúde**. 2009. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048654/bis-n47-envelhecimento-e-saude-23-26.pdf>. Acesso em out. 2024.

LUCCAS, Daiane Siqueira de. et al. Campanhas Oficiais sobre HIV/AIDS no Brasil: divergências entre conteúdos e o perfil epidemiológicos do agravo. **Cogitare Enferm**. 26. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.70729>. Acesso out. 2024.

MACHIESQUI, Soraia. Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia a dia. **Esc. Anna Nery** 14 (4). Dez 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400011>. Acesso em agosto 2024.

MARTINS, Rafael Steffens; KNAUTH, Daniela Riva, VIGO, Álvaro. **Adesão ao Tratamento Antirretroviral para o HIV/AIDS: uma análise dos eventos marcadores associados à adesão em um estudo de coorte no município de Alvorada – RS**. 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213432/001117533.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 de jan. 2024.

MATIAS, Wertton. 2019. **Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica ao HIV: a PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social**. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2019.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Boletim do Instituto da Saúde**, São Paulo, n. 47, p. 76-79. abril, 2009. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1049418/bis-n47-envelhecimento-e-saude-76-79.pdf>. Acesso em out. 2024.

MEAD, George Herbert. **Mente, self e sociedade**. 2021. Petrópolis, RJ: Vozes. (Coleção Sociologia).

MELO, **Mônica Cristina de. et al.** A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva** 14 (suppl 1). Out 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800031>. Acesso em nov. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Alves. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. **Antropologia & Saúde collection**, 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf>. Acesso em nov. 2024

NARDI, Henrique Caetano; RIGONI, Rafaela de Quadros. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2): 382-392, fev., 2009. Disponível em:

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/49586/000684081.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso maio 2025.

NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin. **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus Editora, 1999.

NERY, Valéria Alves da Silva; VALENÇA, Tatiane Dias Casimiro. Sexo e sexualidade no processo de envelhecimento. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 7, n. 2, p. 20-32, jul./dez.2014.

NOGUEIRA, Maria Luísa Magalhães et al. **O método de história de vida: a exigência de um encontro em tempos de aceleração**. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-89082017000200016](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082017000200016). Acesso em 10 out. 2023.

OLIVEIRA, Josevânia da Silva Cruz. **O viver com AIDS depois dos 50 anos e sua relação com a qualidade de vida**. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/6949/1/arquivototal.pdf>. Acesso em nov. 2024.

ORTMANN, Bruna Flach. **Desvendar os mitos e tabus a respeito da sexualidade do/a idoso/a. Por que não falar sobre?** 2020/2. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/224499/TCC%20Bruna%20Flach%20-%20FINALIZADO%20-%20CORRIGIDO%20-%20versao%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em jan. 2024.

PEIXOTO, Isaura Romero. **Fatores Associados ao Envelhecimento Biológico Precoce em Pessoas Idosas com HIV**. 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/45396>. Acesso em 08 jan. 2024.

RÁDIO FRANCESA INTERNACIONAL. **40 anos da Aids: “Os pacientes eram estigmatizados”, lembra cientista francesa que descobriu HIV**. 2023. Disponível em: <https://www.rfi.fr/br/fran%C3%A7a/20230518-aids-os-pacientes-eram-estigmatizados-lembra-cientista-francesa-40-anos-ap%C3%B3s-descoberta-do-hiv>. Acesso em nov. 2024.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Fundamentos Constitucionais do Direito à Velhice**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

REBELATTO, José Rubens et al. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, 2006.



REIS, Renata Karina, GIR, Elucir Gir. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP** 2010; 44(3):759-65. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso out. 2024.

RISSARDO, Leidyani Karina; FURLAN, Mara Cristina Ribeiro; AGUIAR, Joana Ercília. **Sexualidade na terceira idade: nível de conhecimento dos idosos em relação às DST 's**. Anais do SIES – Simpósio Internacional de Educação Sexual da UEM., Maringá, 2009. Disponível em: <http://www.sies.uem.br/trabalhos/2009/38.pdf>. Acesso em out. 2024.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DIOGO, Maria José D'elboux. **Como cuidar dos idosos**. 3. ed. Campinas: Papirus, 2002.

RODRIGUES, Tiago Nogueira Hyra e Chagas. **Contando as Violências: Estudo de narrativas e discursos sobre eventos violentos em Florianópolis (SC)**. 2006. Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de mestre no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88261>. Acesso em março 2025.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a Governamentalidade neoliberal: uma genealogia da Redução de Danos**. 2014. Florianópolis: Insular.

ROSENBERG, Charles E. **A Tirania do Diagnóstico: Entidades específicas e Experiência individual**. (Tradução por Fernando Vicente) Blog do Labemus, 2020. [publicado em 01 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://blogdolabemus.com/2020/10/01/a-tirania-do-diagnostico-entidades-especificas-e-experiencia-individual-por-charles-e-rosenberg>. Acesso em março 2025.

SILVA, Fabíola Ferreira da. **Vozes Silenciadas: o hiv, o etarismo e as peças publicitárias**. 2024. Anais do XII Colóquio de História das Doenças, 2024, p. 55-.65. Disponível em: [https://www.identidadeeditorial.com.br/\\_files/ugd/ab165c\\_401000d5dd4f4487bb7d0ecf3b179e16.pdf](https://www.identidadeeditorial.com.br/_files/ugd/ab165c_401000d5dd4f4487bb7d0ecf3b179e16.pdf). Acesso março 2025.

SILVA, Fabíola Ferreira da; PEREIRA, Réia Sílvia Gonçalves. **Procurando um novo Amor: desafiando estigmas sobre envelhecimento e HIV**. 2024. Encontros Anuais da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs) (Anais) n. 48 (anual 2024), p. 1-18

SILVA, Luciano Flausino da. **A importância do exercício físico na vida do idoso**. 2012. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2656/1/monografia-%20Luciano%20da%20Silva.pdf>. Acesso em out. 2024.

SILVA, Valéria Gomes Fernandes et al. Estigma e preconceito com casais sorodiferentes para o HIV. São Paulo: **Rev Recien**. 2021; 11(34):59-67. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/391> Acesso set. 2024

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia** | Campinas | 25(4) | 585-593 | outubro - dezembro 2008. Acesso em out. 2024.

TITON, Joana Perotta. **Associação entre a Presença de HIV e Síndromes Geriátricas em Pessoas de Meia Idade: um estudo caso-controle**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas à Saúde, nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde. Disponível em: <https://tede.unioeste.br/handle/tede/4903>. Acesso nov. 2024.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas. **Relatório Global sobre a AIDS**. 2024. Disponível em: <https://unaid.org.br/tag/relatorio-global-2024/>. Acesso em nov. 2024.

VIEIRA, Gabriel de Deus, ALVES, Thaianne da Cunha, SOUSA, Camila Maciel de. Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos na região amazônica. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 17 (01). Jan-Mar 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100007>. Acesso em nov. 2024.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. 2014. **Temáticas**, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em 20 nov. 2023.

VOLPE, Beto. **Morte e Vida Positiva: uma autobiografia não autorizada**. 1. Ed. Santos, Sp: Realejo Edições. 2016.

WICHMANN, Francisca Maria Assmann et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, 2013; 16(4), 821-832. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016>. Acesso set. 2024.

WIECHMANN, Susana Lílian. **Fragilidade em pessoas vivendo com HIV com 50 anos ou mais**. 2023. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Disponível em: <https://pos.uel.br/saudecoletiva/wp-content/uploads/2023/08/Susana-Lilian.pdf>. Acesso em out. 2024.

WING, Edward J. The Aging Population with HIV Infection. **Trans Am Clin Climatol Assoc.** 2017; 128:131–44. PMCID: PMC5525433.

WONG, Laura Lúcia Rodríguez; CARVALHO, José Alberto. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, p. 5-26, 2006. Disponível em: <https://rebep.org.br/revista/article/view/226>. Acesso set. 2024.

## ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“HIV na maturidade: enfrentamento da infecção pós-diagnóstico por pessoas com 50 anos ou mais”**, com o intuito compreender os principais desafios enfrentados cotidianamente por pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS que possuam mais de 50 anos de idade. Sua participação poderá ajudar a compreender a trajetória de vida da pessoa com 50 anos ou mais que vive com o HIV no dia a dia.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:** A pesquisa pode ocasionar riscos de desconforto e constrangimento, pois você será solicitado a falar de situações de sua vivência em uma entrevista presencial gravada. Para minimizar os riscos de desconforto e constrangimento, a entrevista será realizada em local reservado (residência do sujeito de pesquisa). Os seus dados não serão identificados para fins de publicação. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento sobre o assunto pesquisado. Suas respostas serão tratadas de forma confidencial, isto significa que, em nenhum momento do estudo, o seu nome será divulgado, ou qualquer forma que permita sua identificação. Os dados serão armazenados em nuvem no computador do pesquisador, de forma codificada, sem nome do participante, ou de informações que permitam identificá-lo. Caso, em algum momento você se sinta pouco à vontade ou constrangido poderá interromper sua resposta e/ou participação, sem a necessidade de explicar o motivo. O participante receberá como benefício direto o esclarecimento sobre os locais de atendimento e apoio psicossocial gratuito nos municípios da Grande Vitória – ES para os portadores de HIV/AIDS, além de que sua participação poderá auxiliar as gestões de políticas públicas a investirem nas ações de prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS ao público dos 50 anos ou mais.

---

Rubrica do Participante da Pesquisa

---

Rubrica do Pesquisador

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** Sua participação não lhe trará nenhum custo adicional. Os custos são de responsabilidade do pesquisador. Caso o participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação previsto ou não neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, terá direito à indenização, por parte do pesquisador e da instituição envolvida na pesquisa em qualquer fase da pesquisa. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

**CONTATO:** Em caso de dúvidas referentes a pesquisa, o Sr. (a) poderá realizar contato com o responsável pela pesquisa: Fabíola Ferreira da Silva – (27) 99267-1584 – E-mail: fafahucam@gmail.com. Av. Santa Leopoldina, 2200 – 6ª etapa – Coqueiral de Itaparica – Vila Velha – ES. O (A) Sr. (a) poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vila Velha (CEP/UVV) situado no

Prédio INOTEC, na Avenida Comissário José Dantas de Melo, nº 21, Boa Vista, Vila Velha - ES através do **E-mail:** [cep@uvv.br](mailto:cep@uvv.br) ou pelo telefone: **Telefone:** (27) 3421-2063. O CEP/UVV tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes através de padrões éticos nacionais e internacionais, com horário de funcionamento de segunda a quinta-feira, das 08:00 às 11:00 h. Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima exposto, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo (a) pesquisador (a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

LOCAL, DATA

---

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “HIV na maturidade: o enfrentamento da infecção pós-diagnóstico por pessoas com 50 anos ou mais”, eu, Fabíola Ferreira da Silva, declaro ter cumprido as exigências do (s) item (s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisadora

### DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa são confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Assinatura do Participante

---

Data

---

Pesquisadora

## ANEXO B: PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE VILA VELHA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HIV NA MATURIDADE: BIOPOLÍTICA E O ENFRENTAMENTO DA INFECÇÃO PÓS-DIAGNÓSTICO POR PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS.

**Pesquisador:** FABIOLA FERREIRA DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 78126724.7.0000.5064

**Instituição Proponente:** SOCIEDADE EDUCACAO E GESTAO DE EXCELENCIA / VILA VELHA LTDA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.715.136

#### Apresentação do Projeto:

A epidemia do HIV/AIDS iniciou na década de 1980, onde os primeiros casos foram identificados nos Estados Unidos acometendo, principalmente, homossexuais masculinos, assim como usuários de drogas e profissionais do sexo. Entretanto houve a disseminação do HIV em todo mundo. Atualmente, as estatísticas indicam a susceptibilidade de infecção pelo HIV para qualquer pessoa de ambos os sexos e qualquer faixa etária. Neste contexto constata-se um número significativo de pessoas com mais de 50 anos diagnosticadas com HIV e/ou apresentando os sintomas da AIDS. Este estudo tem por objetivo compreender os principais desafios enfrentados cotidianamente por pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS que possuam mais de 50 anos de idade. Como metodologia, o estudo consiste em uma pesquisa de cunho qualitativo tendo como base histórias de vida de interlocutores com 50 anos ou mais diagnosticados com HIV em tratamento. Serão realizadas entrevistas em profundidade utilizando um roteiro de entrevista semiestruturado. Por se tratar de uma pesquisa referente a um grupo de difícil acesso, os dados serão coletados com a utilização da estratégia bola de neve.

#### Objetivo da Pesquisa:

Compreender os principais desafios enfrentados cotidianamente por pessoas diagnosticadas com HIV/AIDS que possuam mais de 50 anos de idade

**Endereço:** Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21  
**Bairro:** BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920  
**UF:** ES **Município:** VILA VELHA  
**Telefone:** (27)3421-2063 **Fax:** (27)3421-2063 **E-mail:** cep@uvv.br



UNIVERSIDADE VILA VELHA -  
ES/UVV



Continuação do Parecer: 6.715.136

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Trata-se de uma pesquisa realizada por bola de neve com entrevista presencial gravada. Os riscos existentes são de desconforto, eventual constrangimento, em falar de situações de sua vivência. A entrevista, entretanto, será realizada em local reservado (residência do sujeito de pesquisa). As respostas serão tratadas de forma confidencial e não serão divulgadas de forma que permita identificação do respondente. Os dados serão armazenados em nuvem, mas serão salvos no HD e apagados da nuvem logo em seguida. O respondente, por sua vez, poderá interromper sua resposta e/ou participação, a qualquer momento, sem necessidade de explicar o motivo. Quanto aos benefícios, receberão de esclarecimento sobre os locais de atendimento e apoio psicossocial gratuito nos municípios da Grande Vitória - ES para os portadores de HIV/AIDS, além de que sua participação poderá auxiliar as gestões de políticas públicas a investir nas ações de prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS ao público dos 50 anos ou mais.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa encontra-se bem estruturada e organizada. As questões éticas foram devidamente abordadas e tratadas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão completos, assinados e de acordo com as normas.

**Recomendações:**

Aprovação. Entretanto, na redação do TCLE, relata que não há benefícios diretos, apesar dele ter sido apontado no texto. Veja: Quanto aos benefícios, receberão de esclarecimento sobre os locais de atendimento e apoio psicossocial gratuito nos municípios da Grande Vitória - ES para os portadores de HIV/AIDS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se correto em relação à ética. Mas sugiro a correção do TCLE. Ele informa que não haverá benefício direto, mas ele foi apontado no texto e deve ser declarado como tal: "esclarecimento sobre os locais de atendimento e apoio psicossocial gratuito nos municípios da Grande Vitória - ES para os portadores de HIV/AIDS".

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sugiro a correção do TCLE. Ele informa que não haverá benefício direto, mas ele foi apontado no texto e deve ser declarado como tal: "esclarecimento sobre os locais de atendimento e apoio psicossocial gratuito nos municípios da Grande Vitória - ES para os portadores de

**Endereço:** Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21  
**Bairro:** BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920  
**UF:** ES **Município:** VILA VELHA  
**Telefone:** (27)3421-2063 **Fax:** (27)3421-2063 **E-mail:** cep@uvv.br



UNIVERSIDADE  
VILA VELHA

UNIVERSIDADE VILA VELHA -  
ES/UVV



Continuação do Parecer: 6.715.136

HIV/AIDS".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem            | Autor                     | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2295476.pdf | 08/03/2024 15:22:14 |                           | Aceito   |
| Folha de Rosto                                            | Folha_de_Rosto.pdf                            | 08/03/2024 15:16:13 | FABIOLA FERREIRA DA SILVA | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_DETALHADO_.pdf                        | 08/03/2024 00:55:13 | FABIOLA FERREIRA DA SILVA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_.pdf                                     | 06/03/2024 15:20:08 | FABIOLA FERREIRA DA SILVA | Aceito   |
| Cronograma                                                | CRONOGRAMA_.pdf                               | 06/03/2024 12:17:41 | FABIOLA FERREIRA DA SILVA | Aceito   |
| Orçamento                                                 | ORCAMENTO_.pdf.pdf                            | 05/03/2024 20:43:24 | FABIOLA FERREIRA DA SILVA | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VILA VELHA, 20 de Março de 2024

Assinado por:  
Racire Sampaio Silva  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Avenida Comissário José Dantas de Melo, 21  
**Bairro:** BOA VISTA II **CEP:** 29.102-920  
**UF:** ES **Município:** VILA VELHA  
**Telefone:** (27)3421-2063 **Fax:** (27)3421-2063 **E-mail:** cep@uvv.br

### APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Identificação: Codinome:                                                                                                                                                                                                                          |
| 2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Não binário ( ) Transgênero                                                                                                                                                                                  |
| ( ) Prefiro não responder Como você se define? _____.                                                                                                                                                                                                |
| ( ) Prefiro não responder                                                                                                                                                                                                                            |
| 3. Idade: _____ Ocupação atual: _____                                                                                                                                                                                                                |
| 4. Raça: _____ 5. Religião: _____ 6. Estado Civil: _____                                                                                                                                                                                             |
| 7. Grau de Instrução: _____                                                                                                                                                                                                                          |
| 8. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quantos? _____                                                                                                                                                                                             |
| QUESTÕES ABERTAS:                                                                                                                                                                                                                                    |
| 1. Onde você nasceu?                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2. Com qual idade você descobriu que estava com HIV? _____                                                                                                                                                                                           |
| 3. Como aconteceu o contágio? E como você descobriu que estava com HIV?                                                                                                                                                                              |
| 4. Qual foi a sua reação diante o diagnóstico de HIV?                                                                                                                                                                                                |
| 5. Como você seguiu a sua vida após o diagnóstico?                                                                                                                                                                                                   |
| 6. Quem o apoiou após a descoberta do HIV?                                                                                                                                                                                                           |
| 7. Como foi a reação da sua família ao saber sobre seu diagnóstico?                                                                                                                                                                                  |
| 8. A sua ideia de vida e morte sofreu alteração após a descoberta do HIV?                                                                                                                                                                            |
| 9. Como foi a sua aceitação ao tratamento? Qual foi a parte mais difícil do tratamento?                                                                                                                                                              |
| 10. Sofre ou já sofreu algum tipo de discriminação por ser portador do HIV? Qual?                                                                                                                                                                    |
| 11. Você tem alguém que te apoia a viver com o HIV?                                                                                                                                                                                                  |
| 12. Como é viver com HIV na maturidade no seu cotidiano? Quais os desafios enfrentados?                                                                                                                                                              |
| 13. O que você aprendeu ao viver com HIV? Quais são seus planos de vida? Quais os seus sonhos?                                                                                                                                                       |
| 14. Qual sua opinião em relação às políticas públicas quanto ao acesso à informação sobre o HIV/AIDS em relação a formas de transmissão, prevenção e tratamento nos dias atuais? Qual sua opinião sobre as campanhas de prevenção contra o HIV/AIDS? |